



โรงพยาบาลกระบี่
KRABI HOSPITAL

ISSN 2539-6897

กระบี่เวชสาร

KRABI MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565
Vol.5 No.1 January – June 2022

WWW.KRABIHOSPITAL.GO.TH



โรงพยาบาลกระบี่
KRABI HOSPITAL

โรงพยาบาลกระบี่ 325 ถนนอุตรกิจ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000
โทร.0-7562-6700 WWW.KRABIHOSPITAL.GO.TH



โรงพยาบาลกระบี่
Krabi Hospital

กระบี่เวชสาร KRABI MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565

ISSN 2539-6897

วารสารกระบี่เวชสาร (Krabi Medical Journal)

ISSN 2539-6897

เจ้าของ โรงพยาบาลกระบี่

ที่ปรึกษา

นายสินชัย รอดเดช

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

คณะกรรมการอำนวยการ

นายสุรัตน์ ตันติทวีรกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

โรงพยาบาลกระบี่

นายสมบุญรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นางนงลักษณ์ ลีลาสุวานนท์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายวสิน เทียนกิ่งแก้ว

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายดำริห์ ประศิตะวาทีน

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายธีรศักดิ์ อุดมศรี

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลกระบี่

นางจิราภรณ์ พันธฤกษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสาวมิ่งพรพรณ ถนนศรีมงคล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นายพนธ์ศักดิ์ สังข์สัพพันธ์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นายสัญญา สุระ

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสุธาสนี ธีระพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

บรรณาธิการ

นางศุภมาส พันธุ์ไชย

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลกระบี่

กองบรรณาธิการ

นางสาวมิ่งพรพรณ ถนนศรีมงคล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นายสัญญา สุระ

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นายปฐม สกลกิตติวัฒน์

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นายประวิตร แยมพงษ์

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

นายบุญเรือง ขาวนวล

อาจารย์

มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

นายไพสิฐ บุญยะกวี

วิทยาการชำนาญการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรตรัง

นายคเชนทร์ บุญรอด

ทันตแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลสะเดา

นางสาวศิริสุข วรรณศรี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นางสาวกณดินันท์ เพ็ญสุพรรณ

นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายอาทิตย์ บุญรอดชู

อาจารย์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

นายศิริวิทย์ อัสวีวัฒน์

เภสัชกรชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสาวสมฤดี ริมดูลิต

เภสัชกรชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสาวสุอารีย์ ช่วยแก้ว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสุธาสนี ธีระพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลกระบี่

นางสาวอรพรพรณ เดชสุวรรณ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โรงพยาบาลกระบี่

คณะกรรมการจัดทำวารสาร

นางสุธาสินี ธีระพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาทรัพยากรบุคคล	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวโสภา วัชบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นายวรพงศ์ เรืองสงค์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาววรรณพร สายนัย	เภสัชกรปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวสุอารีย์ ช่วยแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางณัฐกัญญา ผลพานิชย์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวแพรวพิไล สิงห์บำรุง	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวอัจฉิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวจิตรลดา นิธิภัทรกุล	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวสรสา แสงจันทร์	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นายอนันต์ เครือยศ	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางฤติชา หมวดทอง	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวราญา พายายม	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวนรินทร์ ชุนรักษา	บรรณารักษ์	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวบุษบากร บุญถาวร	พนักงานบริการเอกสาร	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวอรพรรณ เดชสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่

จำนวนพิมพ์ 300 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท รุ่งโรจน์การพิมพ์กระบี่ จำกัด

สำนักงาน กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกระบี่ เลขที่ 325 ถ.อุตรกิจ
ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่ 81000 โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1043, 1057

E-mail : krabijournal@gmail.com

เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/KBJ>

จัดรูปเล่ม นางสาวอรพรรณ เดชสุวรรณ

ออกแบบปก นายอนันต์ เครือยศ

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกในเดือน มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

บทความนิพนธ์ต้นฉบับจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่ง
ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความจะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์
อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ สรณ์จักร์ ปรีชา	1
ปัจจัยการบริหารงานที่มีผลต่อการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เขตบริการสุขภาพที่ 11 : กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ปี พ.ศ. 2563 - 2564 ประเสริฐ หาญประสานกิจ	13
ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สุวรรรัตน์ ภูเฝ้า	27
รายงานผู้ป่วย ออสสิฟายอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรบน เอกรัตน์ ชื่นเงิน	41
ทบทวนวรรณกรรม อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (ลองโควิด) : การวินิจฉัยและการรักษา วรพงศ์ เรืองสงค์	51
ปกิณกะ ข้อควรรู้ของคุณแม่ตั้งครรภ์ในยุคโควิด ศุภมาส พันธุ์ชัย	65
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน	69
แนวทางปฏิบัติเรื่อง จริยธรรมการวิจัยในคนของบุคลากรสาธารณสุขภาคีรัฐจังหวัดกระบี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	75

บทบรรณาธิการ

วารสารกระบี่เวชสารเล่มนี้ ออกท่ามกลางวิกฤตการติดเชื้อที่ระบาดอย่างหนักหน่วงยิ่งกว่าสองปีที่ผ่านมา ยอดผู้ติดเชื้อรายวัน และติดเชื้อสะสมมากเกินกว่าที่ทางโรงพยาบาลจะสามารถรับมือไหว จนต้องปรับเปลี่ยนมาตรการต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย โดยดูแลรักษาตามอาการ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ หรืออาการไม่รุนแรง ให้พักรักษาตัวที่บ้าน ขณะที่โรงพยาบาลจะรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และมีอาการรุนแรง ที่ต้องใช้ออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อความต้องการ ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่แนวหน้าก็ต้องดูแลและประสานงานกับผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้าน จากปริมาณผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น และกระจายอยู่ทั่วไปทั้งในบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล ส่งผลให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น และเกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากรในหลายตำแหน่ง ผู้คนที่เหลือต้องช่วยกันทำงาน แต่ถึงอย่างนั้น บุคลากรของเราก็มียังมีผลงานมานำเสนออย่างต่อเนื่อง ทั้งบทความวิชาการ กรณีศึกษา และงานวิจัยที่น่าสนใจ

สุดท้ายทางกองบรรณาธิการขอเป็นกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย ทุกหน่วยงาน ที่ทำงานอย่างมุ่งมั่น ให้สู้ต่อไป

แพทย์หญิงศุภมาส พันธุ์ชัย

บรรณาธิการ



เว็บไซต์ วารสารกระบี่เวชสาร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงาน ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่

สรณ์จักร์ ปรีชา *

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ 2) ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประชากร คือ หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ ทั้งหมด 8 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลขนาด 30-60 เตียง จำนวน 7 แห่ง มีหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง 12 คน รวม 84 คน และโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง จำนวน 1 แห่ง มีหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล จำนวน 8 คน รวม 92 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า การใช้กระบวนการบริหารงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ ภาพรวมระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.74$, $\sigma = 0.901$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ด้านการจัดองค์กร ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.99$, $\sigma = 0.929$) รองลงมาคือ ด้านการอำนวยการ ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.81$, $\sigma = 0.774$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการควบคุม ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.58$, $\sigma = 0.901$) ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ ภาพรวม ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.82$, $\sigma = 0.900$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.90$, $\sigma = 0.902$) รองลงมาคือ ด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.87$, $\sigma = 0.932$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการพัฒนางาน ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.71$, $\sigma = 0.890$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุกับระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล และการใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่มีความสัมพันธ์ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ด้านการพัฒนางาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.003*, 0.001* และ 0.012* ตามลำดับ

คำสำคัญ: กระบวนการบริหาร, ผลการปฏิบัติงาน, หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน

* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

Factors Associated with Job Performance among Head of Work Group of Community Hospitals in Krabi Province

Sornjak Preecha*

Abstract

The research factors associated with job performance among head of work group of community hospital in Krabi Province was the descriptive research. The aims of this research were to study 1) management process, 2) job performance and 3) factors associated with job performance among head of work group of community hospital in Krabi Province. Collected data by using questionnaires. 92 population from head of work group of community hospital in Krabi Province. Collected information by questionnaire. Data analysis used frequency, percentage, maximum, minimum and standard deviation. Correlation with pearson's correlation coefficient.

The results found that management process of head of work group of community hospital in Krabi Province had total performance in the more ($\mu = 3.74$, $\sigma = 0.901$) average max was organizational manage have performance level in the more ($\mu = 3.99$, $\sigma = 0.929$), inferior was administration, performance level in the more ($\mu = 3.81$, $\sigma = 0.774$), lowest average was controlling, performance in the more ($\mu = 3.58$, $\sigma = 0.901$). Job performance of head of work group of community hospital in Krabi Province total performance level in the more ($\mu = 3.82$, $\sigma = 0.900$) average max was performance, performance level in the more ($\mu = 3.90$, $\sigma = 0.902$), inferior was operational efficiency, performance level in the more ($\mu = 3.87$, $\sigma = 0.932$), lowest average was organization development, performance level in the more ($\mu = 3.71$, $\sigma = 0.890$), Personal factors about age, Length of work of head of work group of community hospital and management process have a relationship with job performance of head of work group of community hospital in Krabi Province statistically significant, p-value = 0.003*, 0.001* and 0.012* respectively.

Keywords: management process, performance, head of work group of community hospital.

* General manager Professional level Krabi Hospital

บทนำ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน กระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศ และมีโรงพยาบาลชุมชนเกือบทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะสิบปีที่ผ่านมาความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ และกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกและบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ รัฐบาลได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของไทยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งภายใต้แผนการลงทุนเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจไทย แผนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตอบสนองนโยบายดังกล่าวโดยยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีศักยภาพและคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีโรงพยาบาลชุมชนที่มีอยู่เกือบทุกอำเภอของแต่ละจังหวัด เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าในการดูแลรักษา บำบัด และฟื้นฟูสภาพพร้อมทั้งเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน จนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามแผนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นด่านหน้า และกลไกที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยมีภารกิจทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งพัฒนาระบบสาธารณสุข โดยในปัจจุบันได้รวมกันเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย และเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต. ในทุกระบวนกร บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนจึงมีมากขึ้นในการส่งเสริม สนับสนุนให้การปฏิบัติงานในระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอที่มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ในบางแห่ง มีจำนวนเตียงอยู่ระหว่าง 10 - 120 เตียง โดยในประเทศไทยมีโรงพยาบาลชุมชนอยู่จำนวน 723 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนนั้นได้รับการยกฐานะมาจากสถานีนามัยชั้น 1 หรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการบริหารของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวง ได้แบ่งออกเป็น 12 กลุ่มงาน (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนได้มีการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการติดตาม ควบคุมกำกับจากหน่วยงานระดับเหนือขึ้นไป และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ส่วนทางด้านโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชนประกอบด้วยผู้บริหารสูงสุด คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งมีคุณสมบัติต้องเป็นแพทย์ นอกจากนั้นยังประกอบด้วยกลุ่มงานต่าง ๆ ทั้งส่วนที่ให้บริการ และส่วนการสนับสนุน ซึ่งมีหัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้กำกับดูแล และบริหารจัดการ โดยหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มีอยู่นั้นขึ้นอยู่กับสายงาน และลักษณะงาน ส่วนใหญ่กลุ่มงานใดก็จะมีหัวหน้ากลุ่มงานที่มีวิชาชีพที่สอดคล้องกลับกลุ่มงานนั้น ๆ เช่น กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม และกลุ่มงานทันตสาธารณสุข ก็จะมีหัวหน้ากลุ่มงานที่มีวิชาชีพพยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ ตามลำดับ เป็นต้น (สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2562) ซึ่งที่ผ่านมาพบปัญหาที่แตกต่างไปในหลายประเด็น เช่น ประสิทธิภาพในการบริหารงาน และปัญหาด้านวิญญูติ รวมทั้งการขาดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ นลพรรณ บุญฤทธิ์ (2558) พบว่า อายุ และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้างาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษาของ จุฑาสินี สัมมานันท์ (2560) ที่ว่าปัจจัยทางการบริหาร ด้านการวางแผน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ พวงผกา มะเสนา (2561) ที่ว่า การบริหารบุคคล ด้านการจัดโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาล เป็นต้น

จังหวัดกระบี่ มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 แห่ง ได้มีการพัฒนาทางด้านการบริการอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2562) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกต่อเนื่องแบบองค์รวม ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้ากลุ่มงานมีหน้าที่ในการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล และตอบสนองต่อความต้องการประชาชนในพื้นที่อย่างเสมอภาค มีคุณภาพและเป็นธรรม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนยังมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ มุ่งเน้นการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ทำให้หัวหน้ากลุ่มงานมีภารกิจมากขึ้น โดยหัวหน้ากลุ่มงานมาจากหลายสายงาน จากความหลากหลายของสายงาน ตลอดจนพื้นฐานต่าง ๆ ของหัวหน้ากลุ่มงาน จึงอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานทางด้านการบริหารงานได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกระบี่

โดยอาศัยแนวคิดทางด้านกระบวนการบริหาร ซึ่งผลของการวิจัยคาดว่าจะนำไปใช้วางแผนในการพัฒนาศักยภาพของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่

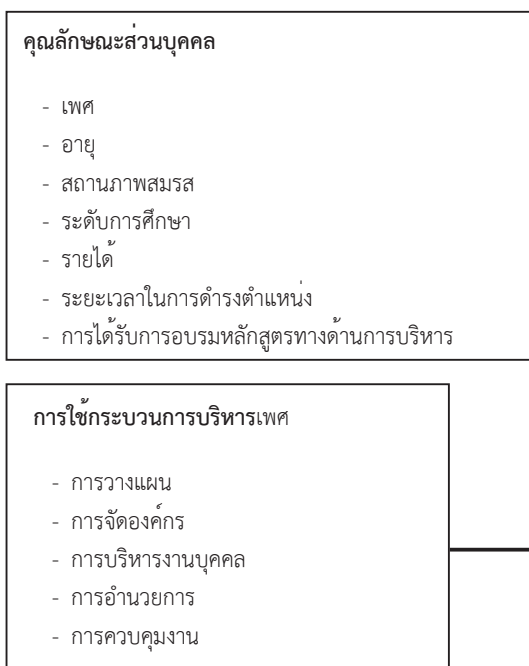
คำถามการวิจัย

1. การใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่อยู่ในระดับใด
2. ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่อยู่ในระดับใด
3. มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกระบี่

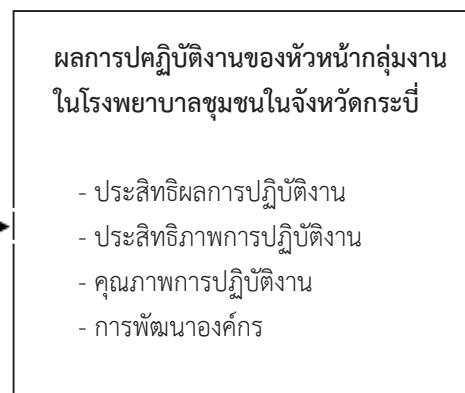
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านกระบวนการบริหารงานด้านต่าง ๆ และปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มาจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล การใช้กระบวนการบริหาร ผลการปฏิบัติงาน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ตามเอกสาร เลขที่ KBO-IRB 2021/20.1810 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2564

ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ ทั้งหมด 8 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลขนาด 30-60 เตียง จำนวน 7 แห่ง มีหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลแต่ละ 12 คน รวม 84 คน และโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง จำนวน 1 แห่ง มีหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน รวมประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้จำนวน 92 คน โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานหรือปฏิบัติราชการแทนในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ซึ่งในหนังสือได้ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดจะไม่มีเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม และการนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวม

การสร้างเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมในการวิจัย คือ แบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 สอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และการได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร ส่วนที่ 2 การใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มี 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผน มีจำนวน

9 ข้อ 2) ด้านการจัดองค์กร มีจำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการบริหารงานบุคคล มีจำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการอำนวยการ มีจำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านการควบคุมงาน มีจำนวน 7 ข้อ (บุญธรรมกิจปรีดาภิสุทธิ์, 2549) และส่วนที่ 3 ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน มีจำนวน 5 ข้อ 2) ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มีจำนวน 6 ข้อ 3) ด้านคุณภาพการปฏิบัติงาน มีจำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการพัฒนาองค์กร มีจำนวน 6 ข้อ ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมทางเนื้อหา เกณฑ์การให้คะแนนการแปลผล และนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาปรับปรุงแก้ไข โดยการหาค่า IOC (Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC = 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล และกระบวนการบริหาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.48 มีอายุมากกว่า 50 ร้อยละ 31.52 รองลงมาอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 28.26 (Min = 25 ปี, Max = 59 ปี, μ = 42.66 ปี, σ = 0.882) สถานภาพสมรส เป็น สมรส/คู่ ร้อยละ 56.52 รองลงมา โสด ร้อยละ 38.04 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 73.91

รองลงมา จบสูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 21.74 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 28.26 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 27.13 (Min = 12,000 บาท, Max = 100,000 บาท, $\mu = 45,326.74$ บาท, $\sigma = 0.902$) ระยะเวลาในการดำรง

ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 29.35 รองลงมา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 26.09 (Min = 1 ปี, Max = 35 ปี, $\mu = 11.99$ ปี, $\sigma = 0.773$) และการได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร เป็นผู้ไม่เคยอบรม ร้อยละ 71.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 92)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	31.52
หญิง	63	68.48
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	13	14.14
31 - 40 ปี	26	28.26
41 - 50 ปี	24	26.08
มากกว่า 50 ปี	29	31.52
MIN = 25 ปี, MAX = 59 ปี, $\mu = 42.66$ ปี, $\sigma = 0.882$		
สถานภาพสมรส		
โสด	35	38.04
สมรส/คู่	52	56.52
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	5.44
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	4.35
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	68	73.91
สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	20	21.74
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	9	9.83
20,000 – 30,000 บาท	16	17.39
30,001 – 40,000 บาท	16	17.39
40,001 – 50,000 บาท	26	28.26
มากกว่า 50,000 บาท	25	27.13
Min = 12,000 บาท, Max = 100,000 บาท, $\mu = 45,326.74$ บาท, $\sigma = 0.902$		

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 92) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 5 ปี	24	26.09
5 – 10 ปี	27	29.35
11 – 20 ปี	21	22.83
21 – 30 ปี	17	18.48
31 - 40 ปี	3	3.25
มากกว่า 30 ปี		
MIN = 1 ปี, MAX = 35 ปี, μ = 11.99 ปี, σ = 0.773		
การได้รับการอบรมหลักสูตรทางการบริหาร		
ไม่เคย	66	71.74
เคย	26	28.26

การใช้กระบวนการบริหารงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่

การใช้กระบวนการบริหารงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.901 ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการจัดองค์กร มีค่าเฉลี่ย 3.99

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.929 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านการอำนวยความสะดวก มีค่าเฉลี่ย 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.774 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการควบคุม มีค่าเฉลี่ย 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.901 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมากดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การใช้กระบวนการบริหารงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่

กระบวนการบริหารงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่	μ	σ	ระดับการปฏิบัติ
ด้านการวางแผน	3.61	0.993	มาก
ด้านการจัดองค์กร	3.99	0.929	มาก
ด้านการบริหารงานบุคคล	3.71	0.876	มาก
ด้านการอำนวยความสะดวก	3.81	0.774	มาก
ด้านการควบคุม	3.58	0.834	มาก
รวม	3.74	0.901	มาก

ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่

ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่ ภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.900 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย

3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.902 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.932 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการพัฒนางานองค์กร มีค่าเฉลี่ย 3.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.890 ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่

ผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงาน ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่	μ	σ	ระดับ การปฏิบัติ
ด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน	3.87	0.932	มาก
ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน	3.90	0.902	มาก
ด้านคุณภาพการปฏิบัติงาน	3.82	0.988	มาก
ด้านการพัฒนางานองค์กร	3.71	0.890	มาก
รวม	3.82	0.900	มาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.881$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะเวลา

ในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r=0.221$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r=0.067$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการใช้กระบวนการบริหารกับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่

ปัจจัย	r	p-value
เพศ	0.176	0.466
อายุ	0.881	0.003*
สถานภาพสมรส	0.277	0.314
ระดับการศึกษา	0.122	0.406
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.119	0.091
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล	0.221	0.001*
การได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร	0.082	0.081
การใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกระบี่	0.067	0.012*

อภิปรายผล

การที่หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 71.74 ไม่เคยผ่านการได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร ประเด็นดังกล่าวไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human resource development) ของ ทองหล่อ เดชไทย (2545) ผู้ที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนได้เป็นอย่างดี ควรจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ความชำนาญ และความสามารถ มีการเสริมสร้างให้บุคคลมีทักษะและสามารถพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับงานอาชีพและสังคมแวดล้อม รู้จักปรับตัวในทุกสถานการณ์ แต่อาจเนื่องหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดกระบี่บางส่วนเป็นผู้ที่มีอายุน้อย รวมทั้งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานไม่นาน อาจจะยังไม่มีโอกาสได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่เนื่องจากภารกิจของหัวหน้ากลุ่มงานจะต้องมีความรู้ความสามารถทางด้านกระบวนการบริหารมากพอสมควร จึงจะทำให้การปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานเป็นไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุชบา คำนนท์ (2559) ที่ว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของหัวหน้างาน ได้แก่ ด้านความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2559) ที่ว่า หลักสูตรที่หัวหน้างานควรได้รับการพัฒนาคือหลักสูตรทางด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในทางบวก โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation หรือค่า r) ที่ 0.881 ซึ่งทำให้เห็น ว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แสดงว่าเมื่ออายุมากขึ้นงานยิ่งดีขึ้น เนื่องมาจากหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากในบางวิชาชีพเป็นวิชาชีพที่มีผู้ปฏิบัติงานจำนวนน้อย เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ วิชาชีพเหล่านี้หลังจากจบการศึกษาไม่นาน และมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน อาจต้องรับตำแหน่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน

โดยที่อาจจะยังไม่มีความพร้อมในการยอมรับบทบาทที่ได้รับ สอดคล้องกับแนวคิด กรัญญา สกุลรักษ์ (2561) ที่ว่า การยอมรับบทบาท จะเกิดขึ้นเมื่อความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวัง ของสังคมและบทบาทที่ตนรับอยู่ การได้ยอมรับบทบาทเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในบทบาทและ การสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะบุคคลจะไม่ได้ยินดียอมรับบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติตาม เพราะถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียประโยชน์ จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังต้องใช้เวลาในการฝึกประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้นานกว่านี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นลพรรณ บุญฤทธิ์ (2558) ปัจจัยด้านอายุ มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหัวหน้าแผนก แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัครเดช ไม้จันทร์ (2560) ที่ว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงาน

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน ในทางบวก โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation หรือค่า r) ที่ 0.221 ซึ่งทำให้เห็น ว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เนื่องจากหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล อยู่ที่ 5-10 ปี ร้อยละ 29.35 รองลงมา มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งถือว่ามีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งค่อนข้างน้อย อาจมาจากเหตุผลที่กล่าวไปแล้วคือในบางวิชาชีพที่มีผู้ปฏิบัติงานน้อย และต้องรับตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานโดยที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ เมื่อมารับตำแหน่งในขณะที่ยังไม่พร้อมก็อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติไปโดยปริยาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คณาธิป จันทรสง่า (2561) ที่ว่าประสบการณ์การทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และผลการศึกษาของ ชลัญญา เพ็ชรชัน (2564) ที่ว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้างาน

ปัจจัยด้านการใช้กระบวนการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกระบี่ ด้านการพัฒนาองค์กรในทางบวก โดยมีค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation หรือค่า r) ที่ 0.067 ซึ่งทำให้เห็น ว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนด้านการพัฒนาองค์กร เป็นภารกิจที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) ซึ่งเป็นเกณฑ์คุณภาพขั้นสูง เป็นที่ยอมรับในระดับสากล แต่มีความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติ เนื่องจากเป็นภารกิจที่เป็นนโยบายของโรงพยาบาลและมีความต่อเนื่อง อีกทั้งมีกิจกรรมการดำเนินงานที่อาจต้องใช้ความรู้ความสามารถตลอดจนการมีส่วนร่วมสูง จึงจะสามารถดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ได้ โดยกระบวนการบริหารจัดการที่จะต้องนำมาใช้ มีทั้งด้านการวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม แนวคิดของ Harold D. Koontz (1993) อ้างใน ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2559) และนอกจากนั้น จากผลการศึกษาของ จุฬาลินน์ สัมมานันท์ (2560) ที่ว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการวางแผน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และผลการศึกษาของ พวงผกา มะเสนา (2561) ที่ว่า การบริหารบุคคล ด้านการจัดโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1) จากผลการวิจัย พบว่า หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 71.74 ไม่เคยผ่านการได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ ควรฝึกอบรมให้กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยการเข้ารับการอบรมหลักสูตรทางด้านการบริหาร เช่น หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น หรือ หลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง ซึ่งจัดโดยวิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสศึกษา ดูงาน ฝึกอบรม หรือศึกษาต่อ หลักสูตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นหลักสูตรที่สามารถพัฒนาศักยภาพของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนได้

2) จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ด้านระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานใน

โรงพยาบาล และด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ จึงควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกระบี่ เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในข้อจำกัดด้านอายุ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยแต่ละกลุ่มงานควรมีการแต่งตั้งผู้ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อเปิดโอกาสให้ได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารงานจากหัวหน้ากลุ่มงานอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรวิจัยเพิ่มเติมในส่วนของสมรรถนะที่พึงประสงค์ของหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มองเห็นโอกาสที่จะจัดการพัฒนาศักยภาพในด้านที่จำเป็นให้แก่หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งผู้ที่ก้าวสู่ตำแหน่งในอนาคต

ควรมีการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรืออาจใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ร่วมด้วย เพื่อให้ข้อมูลตรงตามประเด็นที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- 1.สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขไทย. เอกสารประกอบการบรรยาย. 2562.
- 2.นลพรรณ บุญฤทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558.
- 3.จุฬาลินน์ สัมมานันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
- 4.พวงผกา มะเสนา. การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 2557; 4(1):88-101.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณี. เอกสารประกอบการเอกสารประกอบการบรรยาย. 2564.6.ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. (ฉบับปรับปรุง) กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2545.

7.บุษบา คำนนท์. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้บริหารในทัศนะของครูโรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

8.กรัญญา สกุลรักษ์. ปัจจัยบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัจจัยด้านความสามารถและปัจจัยด้านความสำเร็จ ที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารพาณิชย์ ในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2565.

9.คณาธิป จันทร์สง่า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการสำนักงานเขตสำนักงานเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2561.

10.ชลัญญา เพ็ชรชน. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร กองพัสดุ กรมชลประทาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564.

11.พิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา. แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนเครือข่ายบริการ สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลอัมพวา. 2559.

ปัจจัยการบริหารงานที่มีผลต่อการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เขตบริการสุขภาพที่ 11
: กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปี พ.ศ 2563-2564

ประเสริฐ หาญประสานกิจ *

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารงานการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารงานที่มีผลต่อการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (SRRT) ของเขตบริการสุขภาพที่ 11 จำนวน 74 ทีม โดยหัวหน้าทีมหรือผู้รับผิดชอบหลักของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (SRRT) เป็นผู้ให้ข้อมูลทีละ 1 คน โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่า (1) ปัจจัยการบริหารงานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ ภาวะผู้นำ และการควบคุม มีระดับความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากเฉลี่ย 3.81 (SD = 0.75) ซึ่งด้านการจัดองค์การมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.14 (SD = 0.77) (2) ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ทีม SRRT ภาพรวมอยู่ในระดับพื้นฐานจำนวน 70 แห่ง (94.6) และตามเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัด 4 ด้าน อยู่ในระดับพื้นฐานทั้งหมด ได้แก่ ด้านองค์ประกอบด้านความเป็นทีมจำนวน 67 แห่ง (90.5) ด้านความพร้อมจำนวน 51 แห่ง (68.9) ด้านความสามารถการปฏิบัติงานจำนวน 59 แห่ง (79.7) และด้านผลงานผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานจำนวน 45 แห่ง (60.8) (3) ปัจจัยการบริหารงาน ได้แก่การวางแผน การจัดองค์การ ภาวะผู้นำ และการควบคุมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 55.1, 10.5, 2.7 และ 10.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน อธิบายความผันแปรรวมได้ร้อยละ 68.2 ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ ควรมีการศึกษาการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีม SRRT ระดับอำเภอ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบงานต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารงาน, การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

Factor of Management with Affecting Public Health Emergencies Response Operations of the District Surveillance and Rapid Response Team (SRRT), Regional Health 11: A Case Study of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020-2021

*Prasert Hanprasankit**

Abstract

The cross-sectional survey research aimed (1) to study management factors of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) at Regional Health 11: A Case Study of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (2) the performance evaluation of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) in Regional Health 11: A Case Study of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and (3) to study the relationship between management factors and performance evaluation of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) in Regional Health 11: A Case Study of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

The samples were 74 Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) in Regional Health 11, - 1 person each responsible for SRRT team being data provider. The study instruments were an evaluation form with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Analyses were performed for quantitative data to determine frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression.

The results indicated that, (1) The average opinion level on all 4 factors is 3.81 (SD=0.75). - The factor of organization with the highest mean is 4.14 (SD=0.77). (2) the performance evaluation of SRRT team in Regional Health 11 were at basic, good and very good levels - 10%, 15% and 20% respectively of the sample. (3) the factor related to management and performance evaluation of SRRT team in Regional Health 11: A Case Study of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with the factor is planning (55.1%) management (10.5%) leader (2.7%) and control (10.1%) as explain of variations the 4 factor of which conclude 68.2% ($p < 0.01$)

Recommendations from this study of SRRT team should be studied by collecting qualitative data along with quantitative data. in order to be the information for further planning and development of the system.

Keywords: Management, Public Health Emergency Response, Surveillance and Rapid Response Team

* Doctor of Medicine: MD

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อที่รุนแรงและเร็วในช่วง ปี พ.ศ. 2562-2565 เป็นการระบาดทั่วโลกของเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) โดยมีสาเหตุมาจากโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ณ วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นโรคระบาดทั่ว ณ 26 เมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วมากกว่า 508,827,830 ราย ใน 204 ประเทศและดินแดน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคระบาดแล้ว 6,227,291 คน¹ ไวรัสนี้มีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ โดยผ่านการติดเชื้อจากละอองเสมหะจากการไอ ระยะระหว่างการสัมผัสเชื้อและมีอาการโดยทั่วไปแล้วอยู่ที่ 5 วัน แต่มีช่วงอยู่ระหว่าง 2 -14 วัน อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ ไอ และหายใจลำบาก ภาวะแทรกซ้อนอาจรวมไปถึงปอดบวมและหายใจลำบาก ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ได้มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากประเทศจีนเข้าสู่ประเทศไทย ส่งผลให้มีประชาชนติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก รัฐบาลจึงได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การห้ามประชาชนออกจากบ้าน ห้ามการรวมกลุ่ม และการไปรวมตัวในสถานที่แออัด

สถานการณ์ของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 26 เมษายน 2565 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อสะสม 4,194,684 ราย ติดเชื้อเข้าข่ายจากการตรวจด้วย ATK 1,819,658 ราย รักษาตัวใน รพ. 167,124 ราย เสียชีวิตสะสม 28,019 ราย²

ด้านสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ข้อมูล ณ วันที่ 26 เมษายน 2565 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อสะสม 189,946 ราย ติดเชื้อเข้าข่ายจากการตรวจด้วย ATK 371,717 ราย รักษาตัวใน รพ. 65,799 ราย เสียชีวิตสะสม 595 ราย² ประเทศไทยได้กำหนดแนวทางเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ดังกล่าว โดยในปี พ.ศ. 2548 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข³ ได้กำหนดนโยบายให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

(Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ขึ้นทั่วทั้งประเทศ จำนวน 1,030 ทีม ประกอบด้วยทีม SRRT ระดับอำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลางเพื่อเป็นกลไกที่สำคัญในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขซึ่งทีมนี้มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดได้รวดเร็วและรุนแรง ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ควบคุมโรคฉุกเฉินขึ้นต้นเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้ขยายวงกว้าง และมีหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเฝ้าระวังโรค โดยได้กำหนดขีดความสามารถของทีม SRRT เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถทางระบาดวิทยาพื้นฐานและการเฝ้าระวังโรค ความสามารถในการเฝ้าระวังสอบสวนโรคภัยได้มาตรฐาน และความสามารถในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ด้วยความสำคัญของการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เนื่องจากจากเป็นระบบงานที่มีภารกิจของทีมที่เกี่ยวกับการสอบสวนโรคและการควบคุมโรค ดังเช่นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก็นับว่ามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายและการพัฒนานโยบายและการจัดการ4 การพัฒนาทีมให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน โดยได้จัดทำมาตรฐาน SRRT ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพของทีม SRRT และใช้เป็นเกณฑ์ เปรียบเทียบสมรรถนะระหว่างทีม SRRT ให้สามารถดำเนินงานได้ตามข้อกำหนดซึ่งเรียกว่า มาตรฐาน SRRT ประกอบไปด้วย 4 มาตรฐาน⁴ ได้แก่ มาตรฐานด้านทีมงาน เป็นมาตรฐานที่แสดงถึงขนาด โครงสร้าง และความรู้ความสามารถหรือสมรรถนะของทีม มาตรฐานความพร้อมเป็นมาตรฐานที่แสดงความพร้อมในภาวะปกติและความรวดเร็วในการออกปฏิบัติงาน มาตรฐานด้านความสามารถปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและเตือนภัย เป็นมาตรฐานที่แสดงบทบาทหน้าที่หรือภารกิจในการเฝ้าระวังโรคในระยะปกติและการเตือนภัยเมื่อสถานการณ์ผิดปกติ และมาตรฐานด้านผลงานเป็นมาตรฐานที่แสดงบทบาทหน้าที่หรือภารกิจของทีมที่เกี่ยวกับการสอบสวนโรคและการควบคุมโรค ตั้งแต่การรับแจ้งข่าวการระบาด การสอบสวนโรคในรายที่สำคัญและเมื่อมีการระบาด การสรุปและเขียนรายงานที่มีคุณภาพ² จากที่กล่าวมาข้างต้น ทีม SRRT ในระดับอำเภอนับว่ามีความสำคัญต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและตอบสนองต่อโรคและภัยที่อาจจะเกิดขึ้นในพื้นที่

ตลอดเวลา ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ระดับอำเภอ ทุกทีมเคยได้รับการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะที่ใช้ในการปฏิบัติงาน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่ในภาพรวมสามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ด้วยความสำคัญของการดำเนินงานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เนื่องจากจากเป็นระบบงานที่มีการกิจของทีมที่เกี่ยวกับ การสอบสวนโรคและการควบคุมโรค

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยการบริหารงานการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนและประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานทีม SRRT ระดับอำเภอมีความสำคัญ ช่วยบ่งชี้ประสิทธิภาพการทำงานของทีมงานทั้งการดำเนินงานตามมาตรฐานช่วยให้ได้แนวทาง และนำข้อมูลที่ได้นำมาวางแผนแก้ไขปัญหาระบาดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถนำองค์ความรู้ทางวิชาการไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารงานการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารงานส่งผลต่อการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการศึกษา

วิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) โดยได้นำแนวคิดการบริหาร 4 ด้าน ได้แก่การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีของบาร์ทอล และมาร์ติน⁵

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือทีม SRRT ระดับอำเภอของเขตบริการสุขภาพที่ 11 จำนวน 74 ทีม โดยหัวหน้าทีมหรือผู้รับผิดชอบหลักของทีม SRRT เป็นผู้ให้ข้อมูลทีมละ 1 คน ซึ่งคุณสมบัติคือปฏิบัติงานทีม SRRT อย่างน้อย 1 ปี

ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 - เดือนธันวาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามหลักของ ลิเคิร์ท⁵ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทีม SRRT ระดับอำเภอ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีม SRRT

ส่วนที่ 4 คือปัจจัยการบริหารงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับทีม SRRT ระดับอำเภอของเขตบริการสุขภาพที่ 11

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบราคได้เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทีม SRRT ระดับอำเภอ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าสถิติ คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการบริหารงานกับผลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้สถิติ Multiple linear regression โดยเทคนิค Backward Elimination

การศึกษารังนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจังหวัดกระบี่ อนุมัติเลขที่ COA No.KB-IRB 2021/10.2304 รับรองวันที่ 23 เมษายน 2564

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนใหญ่คือ 1) เพศชายจำนวน 45 คน (ร้อยละ 60.80) 2) ช่วงอายุมากที่สุด 41-50 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 41.90)

3) การศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 51 คน (ร้อยละ 69.0) 4) ตำแหน่งทางราชการคือนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 45 คน (ร้อยละ 60.90) 5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 48.70) 6) ตำแหน่งหน้าที่ในทีม SRRT หัวหน้าทีมคือสาธารณสุขอำเภอจำนวน 36 คน (ร้อยละ 48.70) และตำแหน่งแกนหลักคือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) 7) เคยเข้าร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) 8) เคยเข้าร่วมประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) 9) เคยร่วมซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) 10) มีหน้าที่ดูแลรักษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 42 คน (ร้อยละ 56.80) 11) มีส่วนร่วมในการออกสอบสวนโรคเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) 12) เคยมีส่วนร่วมในการจัดสรรสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) 13) เคยเข้าร่วมจัดอบรมเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) และ 14) มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานการสอบสวนผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคจำนวน 65 คน (ร้อยละ 87.60) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.1) ประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทีม SRRT ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ 1) จำนวนสมาชิกในทีม SRRT ระดับอำเภอได้มีคำสั่งแต่งตั้งมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 41 ทีม (ร้อยละ 55.40) และสมาชิกทีม SRRT ที่ปฏิบัติงานจริงมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 52 ทีม (ร้อยละ 70.30) 2) สมาชิกในทีม SRRT ระดับอำเภอเคยผ่านการอบรมด้านระบาดวิทยา ได้แก่การอบรมนักระบาดวิทยา 3 วัน มากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 27 ทีม (ร้อยละ 36.50) 3) สถานที่ตั้งศูนย์ระบาดวิทยาของทีม SRRT อำเภอ ได้แก่จัดตั้งที่โรงพยาบาลจำนวน 53 ทีม (ร้อยละ 71.60) 4) หัวหน้าทีม SRRT อำเภอ ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 39 ทีม (ร้อยละ 52.70) 5) หัวหน้าทีมหรือแกนหลักของทีมอย่างน้อย 1 คน ได้รับการฝึกอบรมด้านปฏิบัติการหรือมีประสบการณ์ มีความชำนาญด้านปฏิบัติการในภาคสนามในรอบปีจำนวน 43 ทีม (ร้อยละ 58.10) 6) ทีม SRRT อำเภอได้รับการประเมินมาตรฐานไม่เคยผ่านการประเมิน จำนวน 66 ทีม (ร้อยละ 89.20) 7) ทีม SRRT ระดับอำเภอได้รับการประเมินมาตรฐาน

เพียง 2 ระดับ คือผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานจำนวน 70 ทีม (ร้อยละ 94.60) 8) เคยมีการอบรมการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในการเตรียมพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ในรอบปีจำนวน 49 ทีม (ร้อยละ 66.30) 9) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคจากการอบรม/ประชุม/สัมมนาในหน่วยงานจำนวน 31 ทีม (ร้อยละ 41.90) 10) หน่วยงานมีกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 54 ทีม (ร้อยละ 73.00) 11) วิธีการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคโดยมีหน่วยรพช.ประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ออกให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่จำนวน 31 ทีม (ร้อยละ 41.90) 12) ในพื้นที่รับผิดชอบมีการแพร่ระบาดของโรคในรอบปีจำนวน 74 ทีม (ร้อยละ 100) 13) ในพื้นที่รับผิดชอบมีผู้ป่วยยืนยันเป็นโรคในรอบปี (ยกเว้นโรคโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19) จำนวน 64 ทีม (ร้อยละ 86.50) และ 14) ในรอบปีรายละเอียดของผู้ป่วยยืนยัน หรือผู้ป่วยสงสัยโรคในพื้นที่รับผิดชอบ กรณีโรคโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19) ได้แก่ผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อได้รับการรักษาที่รพช. ในพื้นที่ต้นสังกัดจำนวน 47 ทีม (ร้อยละ 63.60) และผู้ป่วยยืนยันโรคในพื้นที่รับผิดชอบกรณีโรคโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19) ได้รับการรักษาที่ รพช. ในพื้นที่ต้นสังกัดจำนวน 35 ทีม (ร้อยละ 47.30) (ตารางที่ 4.2)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของทีม SRRT ตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ทีม SRRT ภาพรวมอยู่ในระดับพื้นฐานจำนวน 70 แห่ง (94.6) และตามเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัด 4 ด้าน อยู่ในระดับพื้นฐานทั้งหมด ได้แก่ด้านองค์ประกอบด้านความเป็นทีมจำนวน 67 แห่ง (90.5) ด้านความพร้อมจำนวน 51 แห่ง (68.9) ด้านความสามารถปฏิบัติงานจำนวน 59 แห่ง (79.7) และด้านผลงานผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานจำนวน 45 แห่ง (60.8) (ตารางที่ 4.3)

ส่วนที่ 4 คือปัจจัยการบริหารงานของทีม SRRT ปัจจัยการบริหารงานทั้ง 4 ด้านได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การภาวะผู้นำ และการควบคุม มีระดับความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากเฉลี่ย 3.81 (SD = 0.75) ซึ่งด้านการจัดองค์การมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.14 (SD = 0.77)) (ตารางที่ 4.4)

ปัจจัยการบริหารงานที่มีต่อผลการดำเนินงาน ได้แก่การวางแผน การจัดองค์การ ภาวะผู้นำ และการควบคุมอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 55.1, 10.5, 2.7 และ 10.1 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน อธิบายความผันแปรรวมได้ ร้อยละ 68.2 (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 1 จำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามของทีม SRRT ระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 ขึ้น
เนื้อที่เลาะออกมาไปตรวจทางพยาธิวิทยา

ประเด็น	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 74)	
		จำนวน	ร้อยละ
1) เพศ	ชาย	45	60.80
	หญิง	29	39.20
2) อายุ	น้อยกว่า 31 ปี	5	6.80
	ระหว่าง 31 - 40 ปี	24	32.30
	ระหว่าง 41 - 50 ปี	31	41.90
	มากกว่า 51 ปี	19	25.70
3) ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	16.10
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	51	69.00
	สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	11	14.90
4) ตำแหน่งทางราชการ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	22	29.80
	นักวิชาการสาธารณสุข	45	60.90
	พยาบาลวิชาชีพ	7	9.50
5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 11 ปี	17	23.00
	ระหว่าง 11 - 20 ปี	36	48.70
	ระหว่าง 21 - 30 ปี	9	12.20
	มากกว่า 31 ปี	12	16.30
6) ระยะเวลาการปฏิบัติงานหน้าที่ในทีม SRRT	น้อยกว่า 10 ปี	17	23.00
	ระหว่าง 11 - 20 ปี	36	48.70
	ระหว่าง 21 - 30 ปี	9	12.20
	มากกว่า 30 ปี	12	16.30
7) ตำแหน่งหน้าที่ในทีม SRRT			
7.1) หัวหน้าทีม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	23	31.10
	สาธารณสุขอำเภอ	36	48.70
	หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	15	20.30
7.2) แกนหลัก	เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา	65	87.60
	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพ	9	12.20
7.3) ผู้ร่วมทีม	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสายวิชาการ	-	-

ตารางที่ 1 จำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามของทีม SRRT ระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 ขึ้น
เนื้อที่เลาะออกมาไปตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ)

ประเด็น	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 74)	
		จำนวน	ร้อยละ
8) ร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค	เป็นคณะกรรมการ	65	87.60
	ไม่เป็นคณะกรรมการ	9	12.20
9) ร่วมประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค	เคยร่วมประชุม	65	87.60
	ไม่เคยร่วมประชุม	9	12.20
10) ร่วมซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรค	เคยร่วมซ้อมแผน	65	87.60
	ไม่เคยร่วมซ้อมแผน	9	12.20
11) มีหน้าที่ดูแลรักษาปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคในส่วน	ดูแลรักษา	7	9.50
	เฝ้าระวังสอบสวนโรค	42	56.80
	ควบคุมเวชภัณฑ์และทรัพยากร	25	33.80
12) มีส่วนร่วมในการออกสอบสวนโรคเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรค	มีส่วนร่วม	65	87.60
	ไม่มีส่วนร่วม	9	12.20
13) มีส่วนร่วมในการจัดสรรสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันและควบคุมโรค	เคยมีส่วนร่วม	65	87.60
	ไม่เคยมีส่วนร่วม	9	12.20
14) ร่วมจัดอบรมเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรค	เคยร่วมจัดอบรม	65	87.60
	ไม่เคยร่วมจัดอบรม	9	12.20
15) มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานการสอบสวนผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรค	มีส่วนร่วม	65	87.60
	ไม่มีส่วนร่วม	9	12.20

ตารางที่ 4.2 จำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปทีม SRRT ระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11

ประเด็น	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 74)	
		จำนวน	ร้อยละ
1) จำนวนสมาชิกในทีม SRRT ระดับอำเภอ			
1.1) ตามคำสั่งแต่งตั้ง	มากกว่าร้อยละ 50	41	55.40
	น้อยกว่าร้อยละ 50	33	44.60
1.2) สมาชิกในทีม SRRT ที่ปฏิบัติงานจริง	มากกว่าร้อยละ 50	52	70.30
	น้อยกว่าร้อยละ 50	22	29.80
2) สมาชิกในทีม SRRT ระดับอำเภอของท่านเคยผ่านการอบรมทางระบาดวิทยา			
2.1) ผ่านการอบรมหลักสูตรนักระบาดวิทยา 3 วัน	มากกว่าร้อยละ 50	27	36.50
	น้อยกว่าร้อยละ 50	7	9.50

ตารางที่ 4.2 จำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปทีม SRRT ระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 (ต่อ)

ประเด็น	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 74)	
		จำนวน	ร้อยละ
2.2) ผ่านการอบรมหลักสูตรระดับวิทยาประยุกต์ 2-4 สัปดาห์	มากกว่าร้อยละ 50	15	20.30
	น้อยกว่าร้อยละ 50	5	6.70
2.3) ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่น	มากกว่าร้อยละ 50	16	21.60
	น้อยกว่าร้อยละ 50	4	5.40
3) สถานที่ตั้งศูนย์ระดับวิทยาของทีม SRRT อำเภอ	โรงพยาบาล	53	71.60
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	21	28.40
4) หัวหน้าทีม SRRT อำเภอ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	39	52.70
	สาธารณสุขอำเภอ	21	28.40
	นักวิชาการสาธารณสุข	11	14.80
	พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	3	4.10
5) หัวหน้าทีมหรือแกนหลักของทีมอย่างน้อย 1 คน ได้รับการฝึกอบรมด้านปฏิบัติการหรือมีประสบการณ์ที่แสดงถึงความชำนาญด้านปฏิบัติการในภาคสนามในรอบปี	ได้รับการอบรม	43	58.10
	ไม่ได้รับการอบรม	31	41.90
6) ทีม SRRT อำเภอของท่านได้รับการประเมินมาตรฐานครั้งล่าสุดใน พ.ศ.	พ.ศ. 2560	-	-
	พ.ศ. 2561	4	5.40
	พ.ศ. 2562	4	5.40
	พ.ศ. 2563	-	-
	ไม่เคยผ่านการประเมิน	66	89.20
	ผ่านการประเมินก่อนปี พ.ศ. 2560	-	-
7) ทีม SRRT ระดับอำเภอได้รับการประเมินมาตรฐานอยู่ในระดับ	ไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐาน	-	-
	ผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐาน	70	94.60
	ผ่านเกณฑ์ในระดับดี	4	5.40
	ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยม	-	-
8) มีการอบรมการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในการเตรียมพร้อมรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ในรอบปี	เคยมีการอบรม	49	66.30
	ไม่เคยมีการอบรม	25	33.70
9) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค	การอบรม/ประชุม/สัมมนาในหน่วยงาน	31	41.90
	หนังสือพิมพ์	-	-

ตารางที่ 4.2 จำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปทีม SRRT ระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 (ต่อ)

ประเด็น	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 74)	
		จำนวน	ร้อยละ
	การอบรม/ประชุม/สัมมนาระหว่างหน่วยงานอื่น	21	28.40
	นิตยสาร	-	-
	ตำราวิชาการ/วารสารต่าง ประเทศ	11	14.90
	เอกสาร/แผ่นพับ	-	-
	วิทยุ	-	-
	โทรทัศน์	-	-
	อินเทอร์เน็ต	11	14.90
10) หน่วยงานมีกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค	มีกิจกรรม	54	73.00
	ไม่มีกิจกรรม	20	27.00
11) วิธีการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค	มีเสียงตามสายในโรงพยาบาล/ในหน่วยงาน	7	9.50
	มีการให้สุศึกษาแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล/ในหน่วยงาน	5	6.80
	จัดบอร์ดให้ความรู้ภายในโรงพยาบาล/ในหน่วยงาน	5	6.80
	มีเอกสาร/แผ่นพับแจกให้ผู้มารับบริการ	4	5.40
	จัดให้มีหอกระจายข่าว/เสียงตามสายในชุมชน	11	14.90
	มีหน่วยรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ออกให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่	31	41.90
	จัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัคร/ประชาชนในชุมชน	11	14.90
12) ในพื้นที่รับผิดชอบของท่านมีการแพร่ระบาดของโรค ในรอบปี	มีการแพร่ระบาด	74	100.00
	ไม่มีการแพร่ระบาด	-	-
13) ในพื้นที่รับผิดชอบมีผู้ป่วยยืนยันเป็นโรค ในรอบปี (ยกเว้นโรคโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19))	มีผู้ป่วยยืนยัน	64	86.50
	ไม่มีผู้ป่วยยืนยันมีผู้ป่วยยืนยัน	10	13.60
14) ในรอบปีรายละเอียดของผู้ป่วยยืนยัน หรือผู้ป่วยสงสัยโรคในพื้นที่รับผิดชอบ กรณีโรคโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19)			
14.1) ผู้ป่วยสงสัย	รักษาที่ รพช. ในพื้นที่ต้นสังกัด	47	47.30
	ส่งต่อไป รพ.ประจำจังหวัด	13	39.20
	เสียชีวิต	14	13.60

ตารางที่ 4.2 จำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปทีม SRRT ระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 (ต่อ)

ประเด็น	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 74)	
		จำนวน	ร้อยละ
14.2) ผู้ป่วยยืนยัน	รักษาที่ รพช. ในพื้นที่ต้นสังกัด	35	47.30
	ส่งต่อไป รพ.ประจำจังหวัด	29	39.20
	เสียชีวิต	10	13.60

ตารางที่ 4.4 ภาพรวมของค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารงาน ส่งผลต่อการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11

ตัวแปรที่ศึกษาปัจจัยด้านการบริหารงาน	จำนวน (N = 74)		
	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1. ด้านการวางแผน (PLANNING)	3.73	0.82	มาก
2. ด้านการจัดองค์กร (ORGANIZING)	4.14	0.77	มาก
3. ด้านภาวะผู้นำ (LEADING)	3.78	0.78	มาก
4. ด้านการควบคุม (CONTROLLING)	3.69	0.76	มาก
รวม	3.81	0.75	มาก

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ Multivariate โดยเทคนิค Backward Elimination Regression ของปัจจัยการบริหารงานที่มีต่อผลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 (N=74)

ตัวแปรที่ศึกษา	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients β	tolerance	VIF	p-value	R ²
	b	Std. Error					
CONSTANT (ค่าคงที่)	1.034	0.103	-	9.989	-	0.000	-
1.การวางแผน	0.160	0.051	0.188	1.905	1.105	0.002	0.551
2.การจัดองค์กร	0.174	0.033	0.341	1.982	1.339	0.001	0.656
3.ภาวะผู้นำ	0.197	0.045	0.323	1.911	1.891	0.001	0.673
4.การควบคุม	0.178	0.043	0.166	1.991	1.273	0.001	0.682
Durbin-Watson				1.945			

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานที่มีต่อผลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

คำถามการวิจัย

1. การพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปัจจัยด้านการวางแผนที่มีผลต่อการบริหารงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ นันทนา โรจนานุกุลพงศ์^๗ พบว่าการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ว่าทำอะไรแล้ววางแผน กำหนดว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบ ที่ไหน อย่างไร เมื่อไร ต้องใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง และปริมาณเท่าไร และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร สุริยพงศกร^๗ พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมนำในโรงพยาบาลในการระดมความคิดและการวางแผนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การบริหารโรงพยาบาลชุมชน แตกต่างจากการศึกษาของปิ่นทริย์ ฟองแพร่^๘ พบว่าด้านกลยุทธ์และยุทธศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพการทำงานสูงของธนาคารยุโรป และแตกต่างจากการศึกษาของมูทิตา วรกุลยากุล^๙ พบว่าด้านกลยุทธ์มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานีอภิปรายผล

2. การพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปัจจัยด้านการจัดการองค์การที่มีผลต่อการบริหารงานสอดคล้องกับผลการศึกษาของนเรศ มณีเทศ^{๑๐} พบว่าผลสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเกิดจากระบบบริหารจัดการองค์การมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์^{๑๑} พบว่าปัจจัยกระบวนการบริหารในภาพรวมด้านการจัดองค์การอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

3. การพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปัจจัยด้านภาวะผู้นำที่มีผลต่อการบริหารงานสอดคล้องกับแนวคิดของสมยศ นาวิการ^{๑๒} พบว่าการเป็นผู้นำและการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงานหน้าที่การสั่งการจะถูกปฏิบัติโดยผ่านการติดต่อสื่อสาร การสั่งการส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในสภาพแวดล้อมของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอยู่บนพื้นฐาน

ของการเผชิญหน้า การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะมีความสำคัญต่อหน้าที่การสั่งการ การสั่งการที่ดีจึงมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา วรกุลยากุล^๙ พบว่าด้านรูปแบบภาวะผู้นำองค์การมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานี

4. การพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปัจจัยด้านการควบคุมที่มีผลต่อการบริหารงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ Buathongrueang, K., & Silarak, S.¹³ พบว่าแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุม ภายในที่โรงแรมในจังหวัดตรังในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จของกิจการ และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kurniadi, L. & Zio, L.¹⁴ และ Akmese, H. & Gundogan, H.¹⁵ พบว่าการใช้ระบบควบคุม ภายในตามกรอบแนวคิดของ COSO ช่วยให้มั่นใจในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน ระบบการควบคุมภายในที่ได้รับการปฏิบัติอย่างดีเป็นเครื่องมือในการปกป้องทรัพย์สิน ป้องกันการทุจริตและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา เชาวนา^{๑๖} พบว่าการควบคุมภายในด้านการติดตามและการประเมินผลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพกำไรของบริษัทอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป

ปัจจัยการบริหาร 4 ด้าน ได้แก่การวางแผน การจัดการ ภาวะผู้นำ และการควบคุม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กล่าวอีกนัยหนึ่ง หากแม้เกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคชนิดใดในอนาคตก็ตามถ้าทีม SRRT ยังมีความพร้อมของปัจจัยการบริหาร คือด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การด้านภาวะผู้นำ และด้านการควบคุม จะยังมีส่วนผลักดันให้การดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอเขตบริการสุขภาพที่ 11 ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

อ้างอิง

1. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2020.
2. สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 11 สถานการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19). (ออนไลน์). 2565. (ค้นหวันที่ 25 เม.ย. 2563 จาก https://datastudio.google.com/reporting/b6990a26-2a37-4e35-8531-fd2714335a08/page/p_rqxs2ynsc
3. แนวทางป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่สำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
4. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
5. Bartol, K.M. & Martin D. C. Management. New York: McGraw - Hill, Inc; 1991.
6. นันทนา โรจนานุกุลพงศ์. การบริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอในมุมมองของสาธารณสุขอำเภอเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย กรณีศึกษาสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). พัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2555.
7. สุนทร สุริยพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการบริหารโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2553.
8. ปันฑารีย์ พองแพร่. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพการทำงานสูง กรณีศึกษา ธนาคารยูโอบี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). วิทยาลัยพณิชยศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
9. มุทิทา วรกุลยากุล. ความสำเร็จในการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทย บริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
10. นเรศ มณีเทศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสกลนคร . (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
11. ฐิตีวรดา อัครภาณุวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
12. สมยศ นาวิการ. การบริหารตามสถานการณ์. สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (ออนไลน์) 2545. (ค้นหวันที่ 20มค.2564). แหล่งข้อมูล: <http://hph.moph.go.th/?modules=Content&action=history#>
13. Buathongrueng, Kannika. & Silarak Siriwan. Guidelines for Development of Internal Control System for the Success of Hotel Business Management in Trang Province. National research presentations The 11th Phuket Rajabhat University. (in Thai); 2018.
14. Kurniadi, L. & Zio, L. (2011). The Role of Internal Control in the Operation of Hotels. BUSP03 Degree Project, 15 ECTS Master Thesis in Accounting and Auditing, Lund, Sweden, 31 May
15. Akmes, H. & Gundogan, H. (2020). The role of internal control in hotel business: a research on five-star hotels. Academic Review of Economics and Administrative Sciences, 13(2), 227-241
16. เพ็ญญา เขาวนา. ความสัมพันธ์ของการควบคุมภายในกับคุณภาพกำไรของบริษัทในสภาอุตสาหกรรมภาคใต้. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารจัดการ ครั้งที่ 9 ประจำปี 2560. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
17. ประพันธ์ สุริหาร. ศัพท์ทางการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 4 .ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2542.
18. หัยรัตน์ คงสืบและวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ปี 5 ฉบับที่ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2562.
19. เยาวเรศว์ นุตเดชาพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2558

20.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19). [อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 พ.ค.2563] เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/newsmass.php>

21.ตุลา มหาพสุธานนท์. หลักการจัดการและการบริหาร.กรุงเทพฯ : พ.ศ. พัฒนาจำกัด; 2540.

22.ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการ สาธารณสุขอาเซียน; 2540.

23.ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2539.

24.นิรัตน์ อิมามี. เครื่องมือการวิจัย. วารสารนาง ผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2559. หน่วยที่ 9 น. 1-85.

25.แนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.

26.อะเคื้อ อุณหเลขกะ. การประเมินผลการพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วปีงบประมาณ 2548-2550. รายงานการพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปี 48-51. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

27.Abraham Maslow: (1908-1970) Maslow's hierarchy of human needs .[อินเทอร์เน็ต]. 1908-1907. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 มีค. 2564). เข้าถึงได้จาก. <http://adisony.blogspot.com/2012/10/abraham-maslow.html>

28.Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. Nat Med. 2020;26(4):450-2.

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สุวรรณ์ ภูเพ็ง *

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ที่ไม่เท่าเทียมกันและวัดหลังการทดลอง (the post-test only design with nonequivalent groups) โดยไม่มีการวัดค่าตัวแปรจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง⁸ เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่รับเป็นผู้ป่วยในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 – มกราคม 2565 โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม (control group) 20 ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง (experimental group) 20 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คน หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลองจนครบจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เลือกเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ American college of Surgeons (Tenth Edition) ,2018. ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) primary survey Assessment 2).secondary survey Assessment 3). Definite Care เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วย นำเสนอระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัด ทันเวลา ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P value< .05 และระยะเวลาเสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P value< .01

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยรวม ร้อยละ 95 จำแนกเป็นรายขั้นตอนพบว่า ขั้นตอนที่ 3 Definite Care ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ขั้นตอนที่ 1 Primary survey Assessment ปฏิบัติได้ ร้อยละ 95 และขั้นตอนที่ 2 Secondary survey Assessment ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ร้อยละ 90

สรุป : จากผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีความเข้าใจในหลักการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุหลายระบบตั้งแต่ขั้นตอน Primary Survey Assessment, Secondary Survey Assessment และ Definite Care ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีโอกาสรอดชีวิต มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้บาดเจ็บหลายระบบ,แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ,งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, Primary Survey Assessment, Secondary Survey Assessment , Definite Care

* พย.ม งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

Effects of using the multiple trauma care practice guidelines in Emergency Department

| Suwarat Poopeang*

Abstract

Objective: To study the effect of using the multiple trauma care practice guidelines in Emergency Department of Srisangworn Sukhothai Hospital Sukhothai province

Material Methods: Research is quasi-experimental research, two unequal groups. the post-test only design with nonequivalent groups. without measuring variables control group and experimental group. Dividing the sample into 2 groups, control group are 20, experimental group are 20. Multiple trauma patients are cared for according to guidelines of the multiple trauma care practice guidelines (American college of Surgeons (Tenth Edition) ,2018)

Results: Multiple trauma patients found the time to go to the operating room on time was 100 %. There was a statistically significant difference $P \text{ value} < .05$.

Professional nurse follows the guidelines for caring or multiple trauma patients overall mean =0.95, SD =302 level as good

Conclusions: Research results found most of Professional nurse can follow the multiple trauma care practice guideline and understand the principles of assessment of multiple trauma patients' system. This made patients with multiple system injuries have a greater transfer to operation room

Keywords: Multiple Trauma, the multiple trauma care practice guideline, Emergency Department, Primary Survey Assessment, Secondary Survey Assessment, Definite Care

* M.N.S. Emergency department .Srisangworn Sukhothai Hospital

บทนำ

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ความปลอดภัยทางถนนมีน้อย อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ติดอันดับ 6 ของโลก และเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของโลก ปี พ.ศ.2564 ผู้เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสะสม 11,409 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.55 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสะสม, เขตสุขภาพที่ 2 ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสะสม 605 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสะสม และ จังหวัดสุโขทัย ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสะสม 102 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.30 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสะสม 14 โรงพยาบาล ศิริสวรรค์สุโขทัย มีเสียชีวิต 28 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.83 เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน 10 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เพื่อลดอัตราการตายความพิการจากอุบัติเหตุ อีกทั้งปัจจุบัน ประชาชนได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสิทธิของตนเพิ่มมากขึ้น จากช่องทางสื่อสารต่างๆ ที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีความคาดหวังต่อคุณภาพการพยาบาลที่สูงขึ้น เกิดการร้องเรียน และฟ้องร้อง เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ต้องเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินจึงสำคัญโดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วน ที่เรียกว่าช่วงเวลาทอง (golden period) ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะเสียชีวิตในช่วงดังกล่าว¹⁰ และในจำนวนนี้ประมาณ 1 ใน 3 อาจรอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ในความเป็นจริงแล้ว จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเพียงประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในภาวะอันตรายที่ต้องการรักษาอย่างรีบด่วน การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแรกรับ และให้การดูแลทันที อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงจำเป็นต้อง มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ชัดเจนไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ

ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ลดความรุนแรง ผลกระทบต่อผู้ป่วยบาดเจ็บและลดความเครียดของปฏิบัติได้⁴

ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรง เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวแต่หลายตำแหน่ง หรือหลายระบบพร้อมๆ กัน มักเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากการล้มเหลวในการทำงาน และ/หรือมีการติดเชื้อของอวัยวะสำคัญของร่างกายในหลายระบบเช่น ระบบหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท⁹ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีภาวะคุกคามถึงแก่ชีวิต คือการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือและทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต คือการประเมินผู้ป่วยและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ถ้าเกิดความผิดพลาดในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ จะทำให้เกิดภาวะคุกคามชีวิตทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วได้ จากผลงานวิจัยของ วาสนา สุขกันต์ และคณะ เรื่องการพัฒนาและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ TTS (Tertiary trauma survey) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทโรงพยาบาลแพร่ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ที่ได้รับการประเมินด้วยแนวทางปฏิบัติทางคลินิกการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ TTS จะสามารถประเมินสภาพได้รวดเร็ว ทันเวลา และพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากขึ้น¹² และจากผลงานวิจัยของจารุพัทธ์ และคณะ เรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่ พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ การปฏิบัติยังมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละคน ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิต หลังพัฒนาได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนกระทั่งจำหน่าย เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง³

โรงพยาบาลศิริสวรรค์สุโขทัย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 307 เตียง มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมทั่วไป รับผู้ป่วยอุบัติเหตุรักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

ในจังหวัดสุโขทัย มีผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับบริการทั้งในสถานการณ์ปกติและช่วงเทศกาล จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 1425, 1339, 1,259 ราย ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากอุบัติเหตุเข้าห้องผ่าตัดไม่ทันเวลา 60 นาที ร้อยละ 12.5, 33.34 และ 100 ตามลำดับ พบว่าอัตราการเข้าห้องผ่าตัดไม่ทันเวลาเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากอุบัติเหตุเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 11.50, 11.12 และ 11.25 ตามลำดับ จากการศึกษาสถานการณ์ ทบทวนเหตุการณ์สำคัญในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยอาการรุนแรง ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วย triage level I, II และมีการบาดเจ็บระบบ และการดูแลในระยะแรกได้รับเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามในชีวิต ไม่เป็นตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ขึ้นอยู่กับพยาบาลวิชาชีพที่มีความหลากหลายด้านประสบการณ์ในการทำงาน และความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่แตกต่างกัน การเข้าห้องผ่าตัดไม่ทันเวลา 60 นาที พบว่า การดูแลและให้การพยาบาลในระยะแรกยังไม่พร้อมที่จะเข้าห้องผ่าตัด การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่คงที่ที่จะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด การประสานงานกับห้องผ่าตัดมีรายละเอียดและขั้นตอน ยังไม่ชัดเจน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจน ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลวิชาชีพจะให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามที่ได้เรียนรู้จากการส่งไปอบรมเพิ่มเติม

ดังนั้นผู้วิจัยปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย จึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเป็นระบบ มีขั้นตอนเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ตามแนวคิดของ American college of Surgeons (Tenth Edition) ,2018. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน ไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและขยายสู่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในเขตรับผิดชอบ ที่ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย ให้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma) หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โดยบาดเจ็บมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ระบบ ในตำแหน่งของอวัยวะสำคัญ เช่น บาดเจ็บศีรษะบาดเจ็บ ช่องอก ช่องท้อง ที่ได้รับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย

2.แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หมายถึง แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ American college of Surgeons (Tenth Edition) ,2018. ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1). Primary survey Assessment หมายถึง การประเมินหาภาวะคุกคามชีวิตในเวลาอันสั้น และให้การรักษาทันที โดยมีขั้นตอนในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ABCD ตามหลักการของ The Advanced Trauma Life Support (ATLS) ดังนี้

- Airway and C-spine protection หมายถึง การประเมินระบบทางเดินหายใจ และกระดูกสันหลังส่วนคอ เมื่อพบความผิดปกติ ต้องแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันที และดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- Breathing and Ventilation หมายถึง การดูแลการหายใจและระบบไหลเวียนออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อพบความผิดปกติ ต้องแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันที และดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- Circulation and control bleeding หมายถึง การประเมินระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงร่างกายและควบคุมภาวะเลือดออก ทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย เมื่อพบปัญหาต้องแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันที

- Disability หมายถึงการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 แก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และประเมิน ระบบประสาท ได้แก่การตอบสนองของรูม่านตา

การกระดูก แขนขาอ่อนแรง

- Exposure หมายถึง การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทั้งร่างกาย โดยการถอดเสื้อผ้าผู้ป่วย ประเมินทั้งด้านหน้าและด้านหลัง หลังประเมินแล้วให้รีบใส่เสื้อผ้า และให้ความอบอุ่น (keep warm) ทันที

2). Secondary survey Assessment หมายถึง การประเมินร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด หลังจากแก้ไขภาวะฉุกเฉินแล้ว ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ เช่นการส่ง X-Ray การส่ง CT scan จากการประเมินลำดับแรก

3). Definite Care หมายถึง การดูแลรักษาที่เหมาะสม หลังจากแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเรียบร้อยแล้ว เช่นการรับการรักษาในตึกผู้ป่วย การส่งเข้าห้องผ่าตัด และการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ ผ่าตัด และการส่งผู้ป่วย

รักษาต่อ

3.ผลการปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหมายถึง พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ในภาวะฉุกเฉินที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีอาการคงที่แล้ว พร้อมจะเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม

1). ระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัดหมายถึง เวลาตั้งแต่แพทย์ศัลยกรรมส่งผ่าตัดจนถึงการส่งผู้ป่วยไปถึงห้องผ่าตัด ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 60 นาที

2). พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หมายถึง ขั้นตอนของแนวทางใดบ้างที่พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติได้และอยู่ในระดับดี ปานกลางและน้อย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มทดลอง

แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามกรอบแนวคิดของ American college of Surgeons (Tenth Edition) 2018

1. primary survey Assessment
 - Airway and C-spine protection
 - Breathing and Ventilation
 - Circulation and control bleeding
 - Disability -Exposure
2. secondary survey Assessment
3. Definite Care

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

- 1.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเข้าห้องผ่าตัดภายในเวลา 60 นาที
- 2.พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ที่ไม่เท่าเทียมกัน และวัดผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หลังการทดลอง (the post-test only design with

nonequivalent groups) โดยไม่มีการวัดค่าตัวแปรจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง8 ระยะเวลาระหว่างเดือน 23 พฤศจิกายน 2564 – 31 มกราคม 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่รับเป็นผู้ป่วยในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม (control group) 20 ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง (experimental group) 20 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ระบบ การวินิจฉัยโรค และจัดระดับความรุนแรงตามระบบ Emergency Severity Index level I,II กลุ่มควบคุม (control group) ได้รับการพยาบาลตามปกติ เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564 – 12 ธันวาคม 2564 และกลุ่มทดลอง (experimental group) ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2564 – 31 มกราคม 2565 ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน จนครบจำนวน 20 คน หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลองจนครบจำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เลือกเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564 – 12 ธันวาคม 2564 ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามปกติที่เคยทำ วันที่ 13 ธันวาคม 2564 – 16 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มาสอนความรู้ตามแนวคิดของ American college of Surgeons (Tenth Edition) ,2018 ทำความเข้าใจและอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2564 – 31 มกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย หลังโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564 – 31 มกราคม 2565

กลุ่มตัวอย่างที่ 1

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในขณะทำการศึกษา (drop out) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาด้านจริยธรรม ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusive criteria) ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 2.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่รู้สีกตัว
- 3.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะคุกคามชีวิต ประเมินระดับคนไข้ที่ ESII,ESIII
- 4.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการผ่าตัด
- 5.สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีปัญหาในการมองเห็นและการได้ยิน
- 6.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ไม่รู้สีกตัวต้องมีญาติสายตรง

กำหนดเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusive criteria) ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติสายตรงมาด้วย

กำหนดเกณฑ์การยุติของกลุ่มตัวอย่าง (discontinuation criteria) ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยและญาติไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้นการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วย

อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยผู้วิจัยได้คัดเลือก
พยาบาลวิชาชีพแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือน 23 พฤศจิกายน 2564 – 31 มกราคม
2565

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้
พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในงาน
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้
พยาบาลวิชาชีพที่ไปประชุม หรือ ลา ในช่วงเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ American college of
Surgeons (Tenth Edition) 2018.
 - 1.2 การพยาบาลตามปกติ ไม่มีแนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ชัดเจน ไม่เป็นขั้นตอนมีรายละเอียด
ที่ทำตามใบซักประวัติผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังนี้
 - 1) ประเมินผู้ป่วยแรกพบ ประเมินสัญญาณชีพ
 - 2) ซักประวัติ ตรวจร่างกาย
 - 3) ให้การรักษาพยาบาล แก้ไขภาวะคุกคามชีวิต
 - 4). Definite Care
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บหลาย
ระบบ ได้แก่ เพศ อายุ มาโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วย สาเหตุการ
ได้รับบาดเจ็บ และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ
 - 2.2. แบบบันทึกข้อมูลระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัด
 - 2.3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.4. แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
หลายระบบตามขั้นตอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติตามขั้นตอน และไม่ปฏิบัติตาม
ขั้นตอน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต ด้วยตัวเอง และผู้วิจัยมอบหมาย
ให้หัวหน้าเวร 4 คน เป็นตัวแทนในการสังเกต ช่วงเวลาที่ผู้วิจัย
ไม่ได้ปฏิบัติงาน หัวหน้าเวรที่ได้รับมอบหมาย จะได้รับความรู้
จากเนื้อหาทางวิชาการและความเข้าใจในแนวทางที่ต้องสังเกต

และให้คะแนนที่ตรงกัน เพื่อป้องกันการลำเอียงในการให้
คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
ปฏิบัติตามขั้นตอน= 1 คะแนน
และ ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน= 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดำเนินการวิจัย
และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1.การหาความตรงของเครื่องมือดำเนินการวิจัย
ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของ
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยผ่านการเห็นชอบจากผู้
ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านรูปแบบ
ความตรงตามเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา
นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Index of congruence: IOC) มีค่า IOC ไม่ต่ำกว่า 0.5 หลัง
จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง
คุณวุฒิ เพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษาและครอบคลุม
สาระสำคัญก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ ผลการตรวจสอบค่าความ
ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล .92
- 2.การหาความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
(reliability) วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย
ระบบไปทดลองใช้กับผู้ที่มิได้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
10 ราย ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
ไม่ต่ำกว่า 0.7 วิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา
(Cronbach's alpha coefficient method) ผลการตรวจสอบ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล .85

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
วิเคราะห์การเข้าห้องผ่าตัดภายใน60นาทีของผู้ป่วย
บาดเจ็บหลายระบบ นำเสนอระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
วิเคราะห์การปฏิบัติตามขั้นตอนแนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของ พยาบาลวิชาชีพ โดยค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปรความหมายของค่าคะแนน

เฉลี่ย ดังนี้

0.76-1.00 ปฏิบัติตามขั้นตอนอยู่ในระดับดี

0.35-0.75 ปฏิบัติตามขั้นตอนอยู่ในระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 0.35 ปฏิบัติตามขั้นตอนอยู่ในระดับน้อย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRB 50/2021 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยในการพิทักษ์

สิทธิกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยการให้ข้อมูลก่อน การตัดสินใจ ได้แก่ การแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บ รวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ข้อดีของการ เข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูล ที่ไม่ต้องการเปิดเผย สิทธิในการยุติการให้ข้อมูล และการถอน ตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา รักษาพยาบาลของผู้ป่วย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็น ความลับและจะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)				P value ^a
	กลุ่มควบคุม (N=20)		กลุ่มทดลอง (N=20)		
1. เพศ					
ชาย	14	(70)	13	(65)	.516
หญิง	6	(30)	7	(35)	
2. อายุ (ปี)	$\bar{x}$ =44.15 SD=18.88		$\bar{x}$ =43.80 SD=18.32		
11-20	4	(20)	2	(10)	.623
21 - 30	1	(5)	4	(20)	
31 - 40	4	(20)	4	(20)	
14 - 50	1	(5)	2	(10)	
51 - 60	5	(25)	2	(10)	
61 - 70	5	(25)	6	(30)	
3.การมาโรงพยาบาล(โดย)					
มาเอง	5	(25)	7	(35)	.731
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	0		6	(30)	
ระบบรับส่งตัวผู้ป่วย	15	(75)	7	(35)	
4. ระดับความรุนแรง					
ESI I	9	(45)	9	(45)	1.0
ESI II	11	(55)	11	(55)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) มีอายุเฉลี่ย 44.15 ปี (S.D.=18.88) โดยอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี และอายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 25) มาโรงพยาบาลโดย ระบบส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 75) คัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระดับ ESI II (ร้อยละ 55) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ พบมากที่สุด คือ ศีรษะ และ ทรวงอก (Head&Chest) (ร้อยละ 40) ส่วนใน

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65) มีอายุเฉลี่ย 43.8 ปี (S.D.=18.32) โดยอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 30) มาโรงพยาบาลโดย มาเอง และ ระบบส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 35) คัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระดับ ESI II (ร้อยละ 55) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ พบมากที่สุด คือ ศีรษะ และ ทรวงอก (Head & Chest) (ร้อยละ 40)

ตารางที่ 2 ข้อมูลระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)				P value ^a
	กลุ่มควบคุม (N=20)		กลุ่มทดลอง N=20)		
1.ทันเวลา	16	(80)	20	(100)	.036
2.ไม่ทันเวลา	4	(20)	0		
*P< .05					

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง เข้าห้องผ่าตัด ภายใน 60 นาที ร้อยละ 80 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย ภายใน 60 นาที ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมควบคุมเข้าห้องผ่าตัด สำคัญทางสถิติ P VALUE< .05

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (คน)		
ชาย	4	20
หญิง	16	80
ประสบการณ์ในการทำงาน ER (ปี)		
1 -5	3	15
6 - 10	1	5
11 - 15	1	5
16 - 20	3	15
21 - 25	9	45
26 - 30	3	15

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ศึกษาเพิ่มเติม		
ศึกษา	6	30
ไม่ศึกษา	14	70
การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุภายใน 3 ปี (ครั้ง)		
1	3	15
2	8	40
3	9	45
รวม	20	100

จากตารางที่ 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ80),มีประสบการณ์ในการทำงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 21-25 ปี (ร้อยละ 45) ไม่ได้ศึกษาเพิ่มเติมในระดับที่สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 70) และได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ภายใน 3 ปี 3 ครั้ง (ร้อยละ 45)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล การปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสังเกต ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดังนี้

รายการ	ก่อนใช้แนวทาง			หลังใช้แนวทาง		
	$\bar{x}$	S.D	การแปลผล	$\bar{x}$	S.D	การแปลผล
ขั้นตอนที่ 1 primary survey Assessment	0.73	.557	ปานกลาง	0.95	.151	ดี
1.ประเมินทางเดินหายใจ (Airway Assessment)	0.70	.470	ปานกลาง	1.00	.000	ดี
2.การจัดการทางเดินหายใจ (Airway management)	0.55	.510	ปานกลาง	0.90	.308	ดี
3.ประเมินระบบหายใจ (Breathing and ventilation Assessment)	0.70	.470	ปานกลาง	1.00	.000	ดี
4. การจัดการระบบหายใจ (Breathing and ventilation management)	0.65	.489	ปานกลาง	0.85	.366	ดี
5.การประเมินระบบไหลเวียนเลือด Circulation and control bleeding Assessment)	0.70	.470	ปานกลาง	0.65	.224	ดี

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล การปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบ สังกัด ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดังนี้ (ต่อ)

รายการ	ก่อนใช้แนวทาง			หลังใช้แนวทาง		
	$\bar{x}$	S.D	การแปลผล	$\bar{x}$	S.D	การแปลผล
7.ประเมินระบบประสาทเบื้องต้น (Disability Assessment)	0.60	.503	ปานกลาง	1.00	.000	ดี
8.ประเมินร่างกายทั้งหมดและควบคุมสภาพแวดล้อม (Exposure และ Environmental control Assessments)	0.60	.503	ปานกลาง	0.90	.308	ดี
ขั้นตอนที่ 2 Secondary survey Assessment	0.65	.489	ปานกลาง	0.90	.308	ดี
ขั้นตอนที่ 3 Definite Care	0.75	.444	ปานกลาง	1.00	.000	ดี
รวม	0.65	.444	ปานกลาง	0.95	.302	ดี

จากตารางที่ 4.2. พบว่า ก่อนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมาใช้มีค่าเฉลี่ย 0.65 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .444 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้แนวทาง โดยรวม มีค่าเฉลี่ย 0.95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .302 อยู่ในระดับ ดี แยกย่อยขั้นตอนพบว่า ขั้นตอนที่ 1 primary survey Assessment โดยรวม ก่อนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมาใช้ มีค่าเฉลี่ย 0.73 มีค่าส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .557 อยู่ในระดับปานกลาง แยกย่อยขั้นตอนพบว่า การจัดการทางเดินหายใจ (Airway management) มีค่าเฉลี่ย 0.55 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .510 มีค่าน้อยที่สุด ขั้นตอนที่ 3 Definite Care ก่อนการใช้ มีค่าเฉลี่ย 0.75 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .444 อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้ มีค่าเฉลี่ย 0.95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .302 อยู่ในระดับดี

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เข้าห้องผ่าตัดทันเวลาภายใน 60 นาที ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม จะเห็นได้ว่ารายละเอียด ขั้นตอนที่ 3 Definite Care กำหนดให้มีขั้นตอนการประสานงานและการ ดูแลผู้ป่วย ให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาล ซึ่งช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถตัดสินใจและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่องมือ ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ เข้าห้องผ่าตัดได้ทันเวลามากขึ้น

พยาบาลวิชาชีพ ก่อนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มาใช้ การปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลยังมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล วิชาชีพในการทำงาน และความรู้ที่รับจากการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่แตกต่างกัน เมื่อดูในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนที่ 1 primary survey Assessment การจัดการทางเดินหายใจ (Airway management) มีค่าเฉลี่ย 0.55 น้อยที่สุด พบว่าพยาบาล วิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน น้อยที่สุด 1-5 ปี ร้อยละ 15 การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ร้อยละ 15 เช่นกัน การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีส่วน ทำให้การจัดการทางเดินหายใจ (Airway management)

ของพยาบาลวิชาชีพบางส่วน ไม่มั่นใจในความปลอดภัย หลังการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มาใช้ การปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับทุกขั้นตอน มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ดังนั้นแนวปฏิบัติ นี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย ระบบของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) นำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย ระบบมาใช้ และกำกับดูแลการใช้อย่างต่อเนื่อง กับผู้ป่วยบาดเจ็บทุกราย ที่เข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการ ลดอัตราการเสียชีวิต ตามตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 ที่กำหนดว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 น้อยกว่า ร้อยละ 12

2) พัฒนาแนวทางทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างต่อเนื่อง ปรับเนื้อหาให้กระชับเข้าใจง่าย ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ ระยะ Primary Survey Assessment, Secondary Survey Assessment และ Definite Care เพื่อสะดวกในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งมีเวลาจำกัด และต้องอาศัยความรวดเร็ว

3) นำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย ระบบ มาใช้ให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่เข้ามารับบริการ ที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4) พัฒนาระบบการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ครอบคลุมและเป็นแนวทางเดียวกันเพื่อการ สื่อสารและส่งต่อข้อมูลระบบการบาดเจ็บ แต่ละระบบให้ สามารถ เข้าใจเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1). ควรมีการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1 ตามตัวชี้วัดของงานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นใน ปีงบประมาณ 2565

2). ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเชิงลึก เปรียบ เทียบแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ Primary Survey Assessment, Secondary Survey Assessment และ Definite Care

3) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลของผู้บาดเจ็บ หลายระบบ ขอขอบคุณแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและหัวหน้า กลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นที่ปรึกษา ขอขอบคุณผู้ดูแล ผู้ป่วยและผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน อนุญาตให้นำข้อมูลมานำเสนอเป็นรายงานวิจัย

2). ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเชิงลึก เปรียบ เทียบแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ใน แต่ละขั้นตอน ได้แก่ Primary Survey Assessment, Secondary Survey Assessment และ Definite Care

เอกสารอ้างอิง

1.กาญจนาภรณ์ ถลกกิจสกุล.แนวทางการดูแล ผู้ป่วยTrauma. (อินเตอร์เน็ต).(เข้าถึงเมื่อ1กันยายน2564). เข้าถึงได้จากhttps://sriwilaihos.moph.go.th/home/attachments/103_CPG-PCT-SWL-014-trauma1.pdf

2.กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.รายงานการศึกษาคุณภาพข้อมูลการตาย ของประเทศไทย.กระทรวงสาธารณสุข.(2563).

3.จารุพัทธ์ กันจินิตานนท์,สุชาดา วิภาวาท,รัตนา พรหมบุตร.การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรง หลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่.ว.พยาบาลทหารบก.2562;20 (1), 339.

4.จันทิมา พรชนศวรพงศ์, เพ็ญศรี ละออง,กวิณทร์นาฏ บุญชู. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก.ว

พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2559;26(2):89-102.

5.ดวงกมล สุวรรณ,วิภา แซ่เซี้ย,ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายการณี ต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ.ว.สภากาพยาบาล.2561;33(4): 33-45.

6.นวลทิพย์ ชีระเดชากุล. ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย multiple injury Nursing Management Guideline.ว การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทรบุรีรัมย์. 2561;33(2): 165-177.

7. บุญใจ ศรีสถิตนรากร.การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550.

8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.กรุงเทพฯ.พิมพ์ครั้งที่ 5: ยูแอนด์. อินเทอร์เน็ต มีเดีย จำกัด. 2553.

9.พิรญา ไสไหม, ไสว นรสาร, กรองโด อุนหสูตร, จุฬิรา เกษแก้ว. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่หน่วยกู้ชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย.ว.สาธารณสุขศาสตร์ 2559;46(3):223-235

10.ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม Clinical Practice guidelines in surgeryปี 2018.(อินเทอร์เน็ต).(เข้าถึงเมื่อ1 กันยายน2564). เข้าถึงได้จาก <http://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter>

11.รักรุ่ง ด่านภักดี. การประเมินประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ.ว.ชัยภูมิเวชศาสตร์.2560;36(1):50-59.

12.วาสนา สุขกันต์ และคณะ.เรื่องการพัฒนาและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ TTS (Tertiary trauma survey) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทโรงพยาบาลแพร่. ว.โรงพยาบาลแพร่.2563;28(1).54-67

พยาบาลกระทรวง

สาธารณสุข.2559;26(2):89-102.

13.วิราวัฒน์ พานทอง,โยทกา ภคพงศ์.การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน.ว.วิทยาลัยปกเกล้า จันทบุรี. 2555;24(1):44-56

14. สถิติจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน (Thai RSC).(อินเทอร์เน็ต).(เข้าถึงเมื่อ31 ตุลาคม 2564). เข้าถึงได้จาก.<https://www.thairsc.com/>

15.สุพัตรา อยู่สุข,พรจันทร์ มนตรี,พิจรียา เจริญรัตน์ ,น้ำผึ้ง นิลสนธิ.พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.ว.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.2560;12(2):39-45

16.American College of Surgeons. Advance Trauma Life Support. 10th ed. Chicago. Saint Clair Street; 2018.

17.American College of Surgeons. National Trauma Data Bank Annual Report. Trauma.org (Internet).2019 (cited 2019 April 01). 2016;4;70-20. Available.from:<http://www.trauma.org/archive/index.html>

18. Canzian S, Nanni J, McFarlan A, Chalklin K, Sorvari A, Barratt L, Blanchette SA, Li Y, Topolovec-Vranic J. Application and Evaluation of Knowledge Retention Related to Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) Course Content: A Preliminary Study. J Trauma Nurs. 2016 Jul-Aug;23(4):202-9. doi: 10.1097/JTN.0000000000000216. PMID: 27414142.

19. Michael Frink, Philipp Lechler, Florian Debus, Steffen Ruchholtz. Multiple Trauma and Emergency Room Management. Deutsches Arzteblatt International.Dtsch Arztebl Int 2017;114:497-503

14. สถิติจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน (Thai RSC).(อินเทอร์เน็ต).(เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2564). เข้าถึงได้จาก.<https://www.thairsc.com/> ได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย multiple injury Nursing Management Guideline.ว การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทรบุรีรัมย์. 2561;33(2): 165-177.

ออสติฟายอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรบน

เอกรัตน์ ชันเงิน *

บทคัดย่อ

เนื้องอกชนิดออสติฟายอิง ไฟโบรมา เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบได้น้อย โดยภายในประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ผสมกับชิ้นส่วนของกระดูกและก้อนคล้ายเคลือบฟัน ในอดีตเชื่อว่าต้นกำเนิดของเนื้อเยื่อนี้มาจากเอ็นยึดปริทันต์ฟันเนื่องจากมีการพบก้อนคล้ายเคลือบรากฟันในการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา แต่ปัจจุบันมีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าก้อนคล้ายเคลือบรากฟันนี้รูปแบบหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงของกระดูก รวมถึงพบเนื้องอกชนิดนี้ในกระดูกใบหน้าบริเวณอื่นนอกจากบริเวณขากรรไกร รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอการผ่าตัดควักเนื้องอกบริเวณขากรรไกรบนซ้ายในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี ซึ่งมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการบวมบริเวณแก้มซ้ายมา 8 เดือน เหงือกด้านกระพุ้งแก้มบริเวณฟันซี่ 24 – 27 บวม ไม่ปวด คลำแข็ง ภาพรังสีฟันอมิก และภาพรังสีคอมพิวเตอร์สามมิติพบเนื้องอกมีลักษณะผสมของเงาที่บรังสี และเงาโปร่งรังสีอยู่ในโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้าย พบการขยายตัว และการทำลายของกระดูกบริเวณด้านหน้าของโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้าย ผู้ป่วยได้รับการตัดชิ้นเนื้อออกบางส่วนเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกออสติฟายอิง ไฟโบรมา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเนื้องอกออกทั้งหมดภายใต้การดมยาสลบทั่วไป หลังการรักษามีการติดตามผลการรักษา 1 ปี ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : เนื้องอกออสติฟายอิง ไฟโบรมา (Ossifying Fibroma), การผ่าตัดเนื้องอกออกทั้งหมด, การส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

* ท.บ. วุฒิบัตรทันตแพทย์ประจำบ้าน (ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล)

Email : boy9533@gmail.com

Ossifying Fibroma in Maxilla

*Ekkarat Khanngern **

Ossifying Fibroma are relatively rare. This benign neoplasm composed of fibrous tissue with variant mixture of bony trabeculae and cementum-like material. In the past, investigators have suggested that the origin is odontogenic or periodontal ligament. However, microscopically identical neoplasms with cementum-like material also have been reported in the orbital, frontal, ethmoid, sphenoid, and temporal bones. In this case report, the 50-years-old woman visited the dentist with painless, swelling at left Maxilla for 8 months. Examination showed Swelling at left cheek, gingival swelling in area teeth 24 – 27, not tender with hard in consistency. Panoramic film and computed tomography showed mixed well-defined radiopaque and radiolucency at left maxillary sinus with buccolingual bony expansion, destruction of anterior maxillary sinus wall. Incisional biopsy was done under local anesthesia. Patients was total excision under general anesthesia. 1 year follow up was not seen recurrence.

Key words : Ossifying Fibroma, Excision, Histopathological examination

* *D.D.S. Residency Training in Oral and Maxillofacial surgery, Email : boy9533@gmail.com

บทนำ

เนื้องอกชนิดออสติไฟยง ไฟโบรมา (Ossifying Fibroma) จัดอยู่ในกลุ่มเนื้องอกที่ประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อและกระดูกรวมตัวกัน (Fibro-osseous lesion) ถือเป็นเนื้องอกที่แท้จริง (true neoplasm) เนื่องจากมีศักยภาพในการเพิ่มขนาดได้เป็นอย่างมาก โดยปกติเนื้องอกชนิดนี้พบได้น้อย ภายในประกอบไปด้วยส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) รวมอยู่กับเนื้อเยื่อแข็งชั้นเล็กๆ (mineralized tissue) ที่มีลักษณะคล้ายกระดูก และคล้ายชั้นเคลือบรากฟัน¹ ในอดีตพบว่าต้นกำเนิดของเนื้องอกชนิดนี้มาจากฟัน หรือเอ็นยึดปริทันต์ของฟัน ซึ่งยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่จนถึงปัจจุบัน² เนื่องจากมีการพบเนื้องอกที่มีลักษณะเหมือนกันคือ วัสดุที่คล้ายชั้นเคลือบฟัน (cementum-like material) ในภาพทางจุลพยาธิวิทยา (histopathology) ในกระดูกส่วนอื่นบนใบหน้านอกเหนือจากกระดูกขากรรไกรคือ กระดูกเอ็กซอมอยด์ กระดูกสฟีนอยด์ และกระดูกเทมพอรัล โดยปัจจุบันมีการคือ วัสดุที่คล้ายชั้นเคลือบฟัน (Cementum-like material) ที่พบในเนื้องอกชนิดออสติไฟยง ไฟโบรมาว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหนึ่งของกระดูก เนื่องจากการสะสมตัวของแร่ธาตุในกระดูก และเคลือบฟันเป็นชนิดเดียวกัน สามารถแยกจากกันเพียงตำแหน่งที่พบ เช่น บริเวณปลายรากฟันจะพบเคลือบรากฟันอยู่ โดยในอดีตเนื้องอกชนิดนี้ยังมีชื่อเรียกอื่น เช่น ซีเมนโตออสติไฟยง ไฟโบรมา ซีเมนต์ไฟยง ไฟโบรมา และพบว่ามีความคล้ายเนื้องอก Focal cemento-osseous dysplasia ในภาพรังสี และภาพทางจุลพยาธิวิทยา แม้ว่าส่วนใหญ่เชื่อว่าเนื้องอกชนิดนี้มีต้นกำเนิดมาจากกระดูก³

จากการศึกษาล่าสุดยังพบว่าเนื้องอกออสติไฟยง ไฟโบรมาสัมพันธ์กับการกลายพันธุ์ในยีน HRPT2 ซึ่งสร้างโปรตีนพาราไฟโบรมิน โดยสามารถพบโปรตีนชนิดนี้ได้ในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบอื่นๆ ในร่างกายเช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง และมีพยาธิสภาพที่กระดูกขากรรไกร (Hyperparathyroidism-jaw tumor syndrome) กลุ่มอาการที่พบได้น้อยมากเหล่านี้เป็นลักษณะเด่นในผู้ป่วยโรค Parathyroid adenoma ,ออสติไฟยง ไฟโบรมาในขากรรไกร ถูมน้ำที่ไต และ Wilms tumor⁴

เนื้องอกออสติไฟยง ไฟโบรมาพบในช่วงหลากหลายอายุ โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-40 ปี ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบในขากรรไกรล่างมากกว่าในขากรรไกรบน โดยพบในบริเวณฟันหลังมากกว่าฟันหน้า โดยในขากรรไกรบนพบบ่อยในโพรงอากาศมากกว่าบริเวณอื่นซึ่งสอดคล้องกับในผู้ป่วยรายนี้⁵

ในผู้ป่วยที่พบรอยโรคขนาดเล็กมักไม่มีการมักพบโดยบังเอิญในภาพทางรังสีวิทยา ในรอยโรคขนาดใหญ่จะพบการบวมแต่ไม่ทำให้ปวด โดยจะพบลักษณะของใบหน้าที่ไม่สมมาตรกันได้ มักพบเป็นรอยโรคเดี่ยว หากพบหลายๆ รอยโรคมักพบร่วมกับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบอื่นๆ เช่น ภาวะ Hyperparathyroidism-jaw tumor syndrome เป็นต้น^{6,7}

โดยภาพทางรังสีที่พบจะขึ้นอยู่กับปริมาณการสะสมของแคลเซียม (calcification) ในรอยโรค โดยทั่วไปจะพบลักษณะขอบเขตชัดเจน (well-defined) เป็นเงาโปร่งรังสีวงเดียว (unilocular radiolucency) หรือลักษณะผสมกันระหว่างเงาโปร่งและเงาที่บ่งสี (mixed radiolucency and radiopacity) บางครั้งพบรอยโรคที่มีขอบหนา (sclerotic border) ลักษณะเฉพาะของเนื้องอกชนิดนี้พบว่าจะมีลักษณะเงาที่บ่งสีที่ห่อล้อมรอบด้วยขอบเงาโปร่งรังสีบางๆ (largely radiopaque with thin radiolucent rim) ซึ่งภาพรังสีในลักษณะนี้จะคล้ายกับที่พบในเนื้องอก focal cemento-osseous dysplasia ในระยะท้าย ลักษณะการขยายตัวของรอยโรคมักพบการขยายตัวในแนวกระดูกแก้มและด้านล้น หากรอยโรคมีขนาดใหญ่จะพบการขยายตัว และเบียดกระดูกชั้น cortex ทำให้เกิดการโก่งตัวในขอบล่างของกระดูกขากรรไกรล่าง^{8,9} หากรอยโรคอยู่ติดรากฟันอาจทำให้รากฟันถ่างตัวออกหรือ เกิดการละลายตัวของปลายรากฟันได้ เนื้องอกออสติไฟยง ไฟโบรมาสามารถเลาะแยกออกจากบริเวณโดยรอบได้โดยง่าย สามารถเลาะออกมาได้มักเป็นชิ้นใหญ่ชิ้นเดียวหรืออาจเป็นชิ้นใหญ่จำนวนน้อยชิ้น^{10,11}

ภาพทางจุลพยาธิวิทยาพบเนื้อเยื่อเส้นใยผสมกับแร่ธาตุต่างๆ ส่วนประกอบแร่ธาตุที่พบได้คือ ส่วนออสติออยด์ ส่วนกระดูก และส่วนที่ไม่มีเซลล์ติดสีม่วงทรงกลมมีลักษณะคล้ายเคลือบฟันผสมอยู่ด้วยกัน เส้นใยกระดูกอาจพบได้หลายขนาด อาจพบรูปแบบเป็นเส้นๆ หรือเป็นแผ่น อาจพบลักษณะ peripheral osteoid หรือ osteoblastic rimming¹²

ลักษณะเด่นที่พบได้อีกอย่างคือ cementum-like spherule พบ brush border ผสมผสานไปกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพันรอบๆ ลักษณะการรวมตัวของกระดูกในเนื้องอกออสติฟายยิ่งไฟโบรมาจะแตกต่างกับที่พบในเนื้องอก Fibrous dysplasia ซึ่งจะพบลักษณะรูปแบบการเรียงตัวของกระดูกที่เป็นระเบียบมากกว่านี้¹³

วิธีการรักษาเนื้องอกชนิดออสติฟายยิ่งไฟโบรมาคือการควักออก (enucleation) แต่สำหรับรอยโรคที่ใหญ่และมีการทำลายกระดูกมากอาจต้องทำการตัด (resection) และเสริมสร้างปลุกกระดูก มักไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำและการกลายเป็นมะเร็งภายหลังการผ่าตัด การพยากรณ์โรคดีมาก¹⁴

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี สถานภาพสมรส อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการบวมบริเวณแก้มซ้ายบวมมา 8 เดือน ไม่ปวด

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 110/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที

การตรวจบริเวณใบหน้าและขากรรไกร พบมีการบวมบริเวณแก้มด้านซ้าย คลำแข็ง กดไม่เจ็บ ลักษณะของผิวหนังปกติ ไม่มีอาการชา สามารถอ้าปากได้เป็นปกติจึงมูกสามารถหายใจได้โล่งดี ไม่พบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแสดงสีหน้า คลำไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอ (ดังภาพที่ 1)

การตรวจบริเวณในช่องปาก สุขอนามัยช่องปากทั่วไปอยู่ในเกณฑ์พอใช้ สภาวะปริทันต์พบลักษณะเหงือกอักเสบเล็กน้อย มีคราบจุลินทรีย์ และมีหินน้ำลายเหนียวเหงือกโดยทั่วไปร่องลึกปริทันต์โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 2-3 มิลลิเมตร (ดังภาพที่ 6-12) บริเวณเหงือกด้านบนซ้ายพบการตื้นขึ้นของร่องลึกกระพุ้งแก้ม พบการบวมด้านกระพุ้งแก้ม และด้านเพดานตั้งแต่ฟันกรามน้อยบนด้านซ้ายซี่ที่ 1 ถึงบริเวณฟันกรามแท้ด้านซ้ายซี่ที่ 2 คลำแข็ง กดไม่เจ็บ ไม่พบฟันโยก เคาะฟันไม่เจ็บ ฟันทุกซี่ตอบสนองของเนื้อเยื่อในโพรงฟันต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Electric pulp tester) (ภาพที่ 2)

จากการภาพรังสีพาโนรามิก (panoramic film) และภาพรังสีคอมพิวเตอร์สามมิติ (computed tomography) พบรอยโรคที่บริเวณขากรรไกรบนซ้าย มีลักษณะเงาโปร่งรังสีผสมกับเงาที่บั้งสี (mixed radiolucent-radiopaque) ขอบเขตชัดเจน (well demarcated border) ขนาดประมาณ 3.2x4.8 เซนติเมตร ขอบเขตรอยโรคอยู่ในโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้าย ตั้งแต่ขอบด้านหน้าของโพรงอากาศ ไปจนถึงขอบหลังของโพรงอากาศ บริเวณรากฟันซี่ 23, 24, 26 และ 27 ขึ้นไปถึงเกือบสุดฟันของกระดูกขากรรไกร (ภาพที่ 3)

การวางแผนการรักษา

1. ตัดชิ้นเนื้อบางส่วนในช่องปาก ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาภายใต้ยาชาเฉพาะที่
2. เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ
3. ผ่าตัดเนื้องอกในขากรรไกรบนซ้ายภายใต้การดมยาสลบ
4. ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยเปิดเหงือกตรงคอฟันซี่ 24 ไปยังบริเวณสันเหงือกกว้างซี่ 25 พบเนื้องอกมีการขยายตัวทะลุกระดูกด้านกระพุ้งแก้มออกมา ทดลองดูตส่วนประกอบภายในรอยโรคได้เป็นเลือดสีแดงเข้มประมาณ 5 มิลลิเมตร ตัดเนื้องอกบางส่วนส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เย็บแผลปิดกลับ

ผลชิ้นเนื้อเป็น ออสติฟายยิ่งไฟโบรมา ทำการผ่าตัดเนื้องอกภายใต้การดมยาสลบทั่วไปด้วยวิธีการควักออกทั้งหมดและขูดโดยรอบ (enucleation and curettage) ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก ทำการลงมีดในร่องเหงือก (sulcular incision) โดยกรีดเหงือกจากร่องเหงือกด้านไกลกลางซี่ 24 ผ่านสันเหงือกกว้างซี่ 25 ร่องเหงือกซี่ 26 และ 27 โดยทางด้านหน้าและด้านหลังทำการลงมีดในแนวโค้งบริเวณด้านไกลกลางซี่ 24 เเฉียงมายังด้านหน้า และบริเวณด้านไกลกลางซี่ 27 ตามลำดับซึ่งเป็นบริเวณที่ไม่พบเนื้องอกทะลุออกมาจากภาพรังสีคอมพิวเตอร์ 3 มิติ เปิดแผ่นเหงือกถึงกระดูก (full thickness flap) พบเนื้องอกขยายตัวทะลุกระดูกด้านกระพุ้งแก้มบริเวณเนื้อสันเหงือกกว้างซี่ 25 รากฟันซี่ 26 และ

27 กระดูกด้านกระพุ้งแก้มที่พบมีความบางมากสามารถใช้เครื่องมือกดแล้วมีการขยับสันฟันกับที่พบในภาพรังสีคอมพิวเตอร์ 3 มิติ ทำการขลิบและหีบกระดูกดังกล่าวออกพบเนื้องอกอยู่ภายในโพรงอากาศขากรรไกรบน (ภาพที่ 4) ควักก้อนเนื้องอกออกทั้งหมด (enucleation) โดยออกมาเป็นชิ้นเล็กๆ ซึ่งสามารถเลาะออกจากกระดูกโดยรอบได้โดยง่าย ไม่พบเนื้องอกติดกับส่วนรากฟันซี่ใด ขูดกระดูกโดยรอบรอยโรคออก (curettage) การผ่าตัดสามารถเลาะเนื้องอกออกจากกระดูกขากรรไกรได้ทั้งหมด(ภาพที่ 5) จากนั้นทำการล้างและเย็บปิดแผลสนิท (primary closure) ด้วย vicryl 4-0 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยตื่น และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ในห้องผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีไข้ อาการปวด และบวมลดลงตามลำดับ มีอาการคัดจมูกซ้ายเล็กน้อยในช่วงวันแรกและดีขึ้นตามลำดับสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้หลังการผ่าตัด 3 วัน

ติดตามผลการรักษา

2 สัปดาห์หลังผ่าตัดมีพบแผลหายดี ไม่พบการติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดช่องปาก และรับประทานอาหารได้ 1 เดือนหลังผ่าตัด ทำการตัดไหมที่ยังเหลืออยู่ พบแผลดีดี ไม่พบแผลฉีกขาดเป็นรูทะลุเข้าไปในโพรงอากาศ (wound dehiscence) อาการบวมลดลง หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีตามลำดับ (ภาพที่ 6 และ 7) เหงือกและกระดูกมาคลุมบริเวณขากรรไกรตามปกติ การทดสอบความมีชีวิตของฟันแท่นด้านบนซ้ายเป็นปกติ ภาพรังสีพาโนรามิก พบมีการหายของกระดูกปกติ ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรค

บทวิจารณ์

เนื้องอกออสติฟัยอิง ไฟโบรมาเป็นเนื้องอกซึ่งมีอุบัติการณ์พบได้น้อยในผู้ป่วยช่วงอายุ 20-40 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 5 เท่า บริเวณที่พบบ่อยมักพบในในกระดูกขากรรไกรล่างด้านหลัง ผู้ป่วยมักจะมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการบวมแต่ไม่ปวด มักจะบวมแบบกลม ๆ คือขยายในทุกทิศทุกทาง^{15,16} อาจเกิดสัมพันธ์กับโรคทางระบบอื่นๆ ในร่างกาย

และการกลายพันธุ์ของยีน HRPT 2^{1,4} ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยในรายงานนี้บางส่วนคือ ช่วงอายุของผู้ป่วยคือ 52 ปี และตำแหน่งที่พบคือบริเวณขากรรไกรบน

ลักษณะภาพถ่ายรังสีส่วนใหญ่จะพบ mixed radiopaque radiolucent มีขอบเขตชัดเจน ลักษณะที่พบขึ้นอยู่กับการสะสมแร่ธาตุภายในรอยโรค (calcification) อาจพบการเคลื่อนของฟัน การถูกเบียดของเส้นประสาทในรอยโรคที่มีขนาดใหญ่ รอยโรคในระยะแรกมักพบรอยโรคมีลักษณะเป็นเงาโปร่งรังสีวงเดียว (unilocular radiolucency) แต่ที่พบบ่อยมักอยู่ในระยะเงาโปร่งรังสีผสมกับเงาทึบรังสี (mixed radiopacity and radiolucency) มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ Marcia de Andrade และคณะซึ่งพบว่าลักษณะภาพรังสีในเนื้องอกชนิดนี้เป็นแบบผสมถึง 62.5% มักพบชั้นกระดูกด้านนอก (cortex) ถูกเบียดจนเกิดการขยายตัวสอดคล้องกับการศึกษาของ Myeong Kwan Jih และ Jin Soo Kim ซึ่งพบลักษณะเด่นในภาพรังสีของเนื้องอกออสติฟัยอิงไฟโบรมาลักษณะเดียวกัน¹⁰

ลักษณะขึ้นเนื้องอกมีขอบเขตที่ชัดเจนเนื่องจากถูกห่อหุ้มด้วยเนื้อเยื่อซึ่งมีกระเปาะ (fibrous connective tissue capsule) ทำให้ถูกเลาะออกจากบริเวณโดยรอบได้ง่าย สามารถเลาะออกมาเป็นชิ้นใหญ่ๆจำนวนน้อยชิ้นได้^{16,17}

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบลักษณะเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous connective tissue) ซึ่งพบหลอดเลือดน้อย และพบ mineralized material ได้หลายชนิดอยู่ภายในเนื้อเยื่อเส้นใย เช่น woven bone, lamella bone trabeculae และ basophilic spherules ซึ่งมีลักษณะคล้าย cementum ทั้งนี้ขอบของ bony trabeculae มักจะมี osteoblastic rimming ส่วน cementum-like material อาจพบ peripheral brush border ซึ่งกลืนไปกับ connective tissue รอบๆ¹⁸

การวินิจฉัยแยกเนื้องอกออสติฟัยอิง ไฟโบรมาออกจากเนื้องอกชนิดอื่นในกลุ่ม Fibro-osseous ไม่สามารถแยกได้โดยลักษณะทางคลินิกที่เด่นชัดแต่สามารถแยกกันได้โดยภาพทางรังสีวิทยา และภาพทางจุลพยาธิวิทยา²² โดยเนื้องอก fibrous dysplasia สามารถแยกได้โดยลักษณะทางภาพรังสีวิทยา กล่าวคือจะมีลักษณะเป็นเหมือนเศษแก้วกระจายไปทั่ว (ground glass appearance) และผสมไปกับบริเวณโดยรอบ ไม่สามารถแยกขอบเขตได้ชัดเจน รวมถึงลักษณะทาง

จุลพยาธิวิทยาพบลักษณะเด่นเฉพาะคือ ภาพตัวอักษรจีน (Chinese letters)¹⁶ ส่วนเนื้ออก osseous dysplasia จะพบได้หลายลักษณะคือ Focal มีรอยโรคตำแหน่งเดียว, Florid มีรอยโรคหลายตำแหน่ง และ periapical มีรอยโรคบริเวณปลายรากฟัน โดยผู้ที่เป็เนื้องอกชนิดนี้พบในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าคือ ช่วง 30-60 ปี รอยโรคที่พบมีขนาดเล็กกว่า มักพบในบริเวณปลายรากฟันหน้ามากกว่า ลักษณะทางภาพรังสีมีความแตกต่างกันคือมีขอบเขตไม่ชัดเจน (ill-defined)¹⁹

การรักษาเนื้องอกออสติฟายอิงไฟโบรมาสามารถทำได้โดยการผ่าตัดควักออก (enucleation) การพยากรณ์โรคดีเนื่องจากชิ้นเนื้องอกจะเลาะออกจากกระดูกได้ง่าย มักไม่พบการเกิดซ้ำ ไม่พบการกลายเป็นมะเร็ง แต่หากรอยโรคมีขนาดที่ใหญ่มากและมีการทำลายกระดูกมากอาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดขากรรไกรออก (resection)¹⁴ และอาจต้องมีการบูรณะด้วยการปลูกกระดูกภายหลังทำการตัดได้ โดยผลของการ enucleation หรือ resection ไม่ต่างกันเนื่องจาก tumor infiltrate ไม่เกิน 1-2 mm และมี capsule หุ้ม ถึงแม้ว่าอัตราการกลับมาเป็นซ้ำจะต่ำ²⁰ แต่ควรจะมีการนัดผู้ป่วยติดตามผลการรักษาทุกๆปี มากกว่า 10 ปีขึ้นไปเนื่องจากเนื้องอกมีอัตราการเจริญเติบโตที่ช้า การขยายของโรคจึงใช้เวลานาน^{21,22} ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ด้วยการควักออกและขูดเนื้อเยื่อโดยรอบ ในผู้ป่วยรายนี้ภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกออกแล้วไม่ได้มีการบูรณะเสริมสร้างกระดูกทดแทนเนื่องจากบริเวณที่เป็นเนื้องอกอยู่ในบริเวณซึ่งเป็นพื้นที่ว่างอยู่แล้ว

คือในโพรงอากาศ อาจมีไบหน้าฝังซ้ายที่นูนจากการเคยถูกเนื้องอกเบียดกระดูกด้านหน้าโพรงอากาศออกมา แต่ไม่ได้ทำให้ไบหน้ายุบลงไป ไม่เป็นปัญหาตามหลักการบูรณะบริเวณไบหน้าคือ รูปโครงไบหน้า การทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร การพูด การกลืน และ ความสวยงาม จากการพูดคุยกับผู้ป่วย มีความพึงพอใจในผลลัพธ์ และไม่ได้รู้สึกรบกวนการใช้ชีวิตแต่อย่างใด

บทสรุป

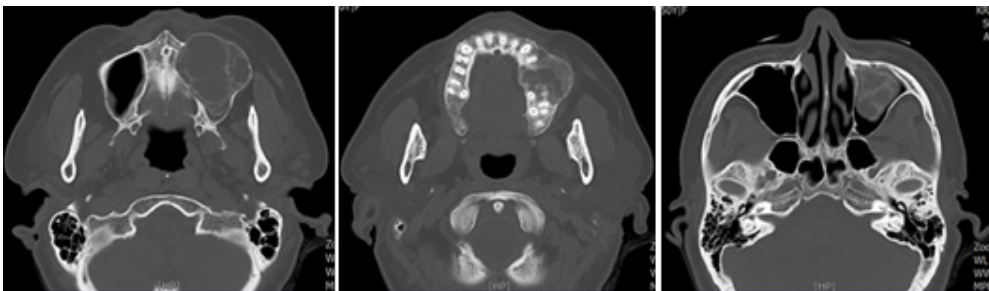
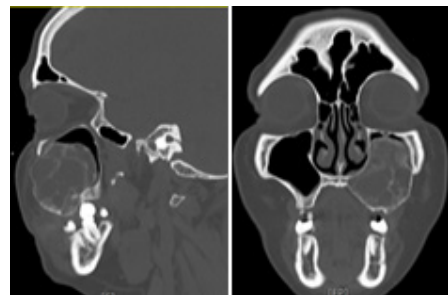
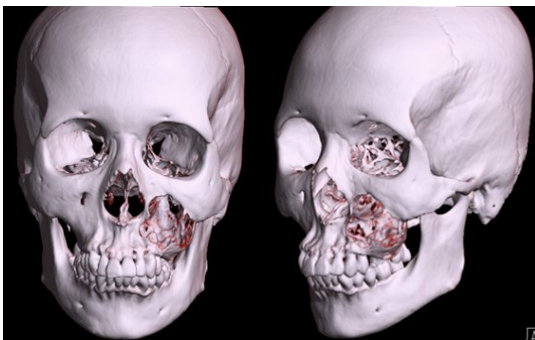
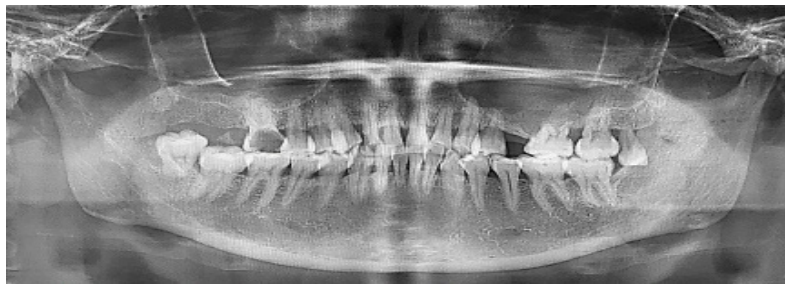
เนื้องอกออสติฟายอิงไฟโบรมาจัดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign) การวินิจฉัยต้องอาศัยกระบวนการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางรังสีวิทยา รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ทางเลือกในการรักษาเนื้องอกชนิดนี้คือการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ (conservative surgery) คือการควักออกเนื่องจากธรรมชาติของเนื้องอกชนิดนี้มีความรุนแรงต่ำ ยกเว้นในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่ ทำลายขากรรไกรมาก ซึ่งการพิจารณาผ่าตัดอาจต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ขนาดของรอยโรค ความสัมพันธ์กับอวัยวะรอบๆเนื้องอก สภาพาร่างกายและโรคประจำตัวของผู้ป่วย รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการเสริมสร้างกระดูกภายหลังการตัดเนื้องอกออกหมดเป็นต้น ภายหลังการรักษาเนื้องอกชนิดนี้จะมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำที่ต่ำ แต่เนื้องอกรอยโรคชนิดนี้มีอัตราการโตที่ช้า การนัดติดตามอาการผู้ป่วยเพื่อดูการเกิดซ้ำของรอยโรคเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่ก่อนการรักษา



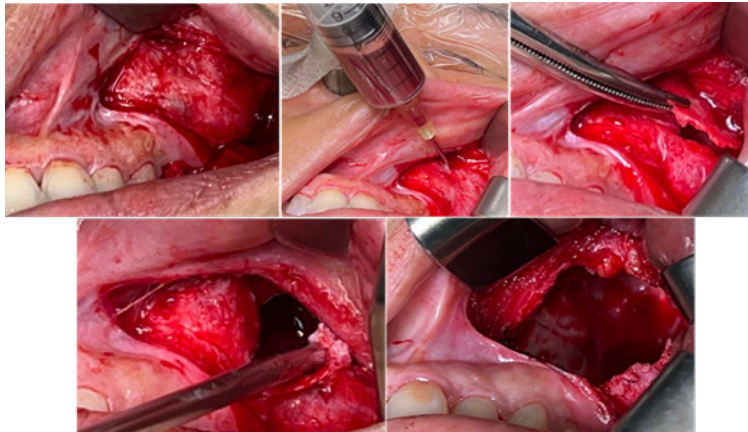
ภาพที่ 1 แสดงมุมมองด้านหน้า (FRONTAL VIEW) ด้านล่าง (INFERIOR VIEW) ด้านข้าง (LATERAL VIEW) ซ้ายและขวาของผู้ป่วยตามลำดับ



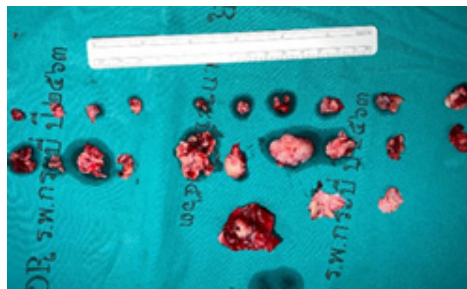
ภาพที่ 2 แสดงภาพภายในช่องปาก ภาพฟันกัดในมุมตรงกลาง และมุมด้านข้างซ้ายขวา ภาพฟันบนและล่าง รวมถึงบริเวณเหงือกด้านบนซ้ายซึ่งพบการบวม และการตี้นขึ้นของร่องลึกกระพุ้งแก้ม



ภาพที่ 3 แสดงพยาธิสภาพในภาพรังสีวิทยา



ภาพที่ 4 แสดงการเปิดเหงือกบริเวณร่องลิ้นด้านกระพุ้งแก้ม การ ASPIRATE จากรอยโรคพบเป็นเลือดสีแดงเข้ม รอยโรคมีการดันกระดูกขากรรไกรบนด้านหน้าจนบางสามารถเปิดผ่าโดยการหยีบออกได้โดยง่าย และภาพที่รอยโรคได้ถูกตัดออกทั้งหมดแล้ว ตามลำดับ



ภาพที่ 5 แสดงลักษณะของรอยโรคที่ถูกผ่าตัดออกมาจากกระดูกขากรรไกรบน



ภาพที่ 6 แสดงใบหน้าของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเป็นเวลา 1 ปีมีลักษณะที่สมมาตรกันมากขึ้น



ภาพที่ 7 แสดงภาพในช่องปากของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเป็นเวลา 1 ปี



ภาพที่ 8 แสดงภาพรังสีวิทยาภายหลังผ่าตัดเป็นเวลา 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Brad WN, Douglas DD, Carl MA, Angela CC. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th ed. St.Louis: Saunders; 2016;14:602-604.
2. Waldron CA, Giansanti JS. Benign fibro-osseous lesions of the jaws II. Benign fibro-osseous lesions of periodontal ligament origin. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973;35:340-350.
3. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasias and cemento-ossifying fbromas. I. A pathologic spectrum of 316 cases, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;84:301-309.
4. Mesquita Netto AC, Gomez RS, Diniz MG Silva TF, Campos K, Marco LD, Carlos R et al. Assessing the contribution of HRPT2 to the pathogenesis of jaw fibrous dysplasia, ossifying fbroma, and osteosarcoma, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013;115:359-367.
5. Akcam T, Altug HA, Karakoc O, Sencimen M, Ozkan A, Bayar GR et al. Synchronous ossifying fbromas of the jaws: a review, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;114(5):S120-S125.
6. Triantafllidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F. Ossifying fbroma of the jaws: a clinical study of 14 cases and review of the literature, Oral

Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;114:193-199.

7. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics. Head and Neck Tumours; 2005 Lyon, France: IARC Press.

8. Noffke CE, Raubenheimer EJ, MacDonald D. Fibro-osseous disease: harmonizing terminology with biology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;114:388-392.

9. MacDonald-Jankowski DS, Li TK. Ossifying fbromas in a Hong Kong community: the clinical and radiological features and outcomes of treatment, Dentomaxillofac Radiol 2009;38:514-523.

10. Myeong Kwan Jih, Jin Soo Kim. Three types of ossifying fibroma: A report of 4 cases with an analysis of CBCT features. imaging Sci Dent 2020;50:65-71.

11. Liu Y, Wang H, You M, Yang Z, Miao J, Shimizutani K, Koseki T. Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. Dentomaxillofac Radiol 2010;39:57-63

12. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fbroma: a clinicopathologic study of 64 cases, Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;60:505-511.

13. Slootweg PJ. Lesions of the jaws. Histopathology 2009;54:401-418.

14. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology, A rational for diagnosis and treatment. 2nd ed. Chigogo: Quintessence; 2012:17.775-797.

15. Bustamante VE, Albiol GJ, Aytés BL, Escoda GC. Benign fibro-osseous lesions of the maxillas: analysis of 11 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008;13:653-656.

16. Triantafillidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F. Ossifying fibroma of the jaws: a clinical study of 14 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;114:193-199.

17. Netto DNSJ, Cerri MJ, Miranda AM, Pires FR. Benign fibro-osseous lesions: clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013;115:56-65.

18. Chang CC, Hung HY, Chang JY, Yu CH, Wang YP, Liu BY, Chiang CP. Central ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 28 cases. J Formos Med Assoc 2008;107:288-294.

19. Eversole R, Su L, El Mofty S. Benign fibro-osseous lesions of the craniofacial complex. A review. Head and Neck Pathol 2008;2:177-202.

20. Márcia de Andrade et al. Ossifying Fibroma of the Jaws: A Clinicopathological Case Series Study. Brazilian Dental Journal 2013;24(6):662-666.

21. MacDonald-Jankowski DS: Ossifying fbroma: a systematic review, Dentomaxillofac Radiol 2009;38:495-513.

22. Toro C, Millesi W, Zerman N, Robiony M, Politi M, A case of aggressive ossifying fibroma with massive involvement of the mandible: Differential diagnosis and management options, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra 2006;1(2):167-172.

อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (ลองโควิด) : การวินิจฉัยและการรักษา

วรพงศ์ เรืองสงค์*

บทคัดย่อ

อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (ลองโควิด) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังรับเชื้อไวรัสซาร์ส-โควี-2 ในระบบทางเดินหายใจ อาการเริ่มเป็นทั้งที่รักษาหายแล้ว หรือยังมีอาการต่อเนื่องแย่งจากระยะติดเชื้อโควิด อาการส่วนใหญ่เกิดภายใน 4-12 สัปดาห์หลังรับเชื้อ สาเหตุเชื่อว่าเชื้อไวรัสส่งผลทำลายโดยตรงต่ออวัยวะต่างๆ ให้บาดเจ็บเสียสภาพ หรือผลทางอ้อมจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่อการอักเสบ อาการเกิดได้ทุกระบบของร่างกายหรือหลายระบบร่วมกัน อาการทั่วไปได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง หมดแรง นอนไม่หลับ วิดกกังวล หงุดหงิด ปวดศีรษะ มีไข้ ช้ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออักเสบหลายระบบร่วมกัน การวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติ อาการแสดง การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพิ่มเติมที่เฉพาะต่ออวัยวะนั้นๆ การรักษาขึ้นกับอาการที่เกิดกระทบต่ออวัยวะหรือระบบ หากเป็นน้อยมักหายได้เองไม่จำเป็นต้องให้การรักษาหรือรักษาประคับประคองตามอาการ หากอักเสบรุนแรงหลายระบบจำเป็นต้องรับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดผลกระทบระยะยาวในการกลายเป็นโรคเรื้อรังจากการที่อวัยวะถูกทำลายและอักเสบเรื้อรังจนเสียสภาพในอนาคตได้

คำสำคัญ : ลองโควิด, อาการหลังติดเชื้อโควิด, โควิด-19, ไวรัสซาร์ส-โควี-2, การอักเสบหลายระบบ

* ภ.บ., สม.(บริหารโรงพยาบาล) กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกระบี่

Symptoms after covid-19 infection (Long covid) : Diagnosis and treatment

Worapong Ruengsong*

Symptoms after covid-19 infection (Long covid) is a term used to describe the effects of SARS-CoV-2 after being infected with a respiratory virus. These symptoms occur after patient recovery or some diseases continue to affect body functions from the stage of acute covid-19 infection. Most symptoms usually happen for 4-12 weeks after infection. The cause of symptoms believes that the virus can directly damage other organs, resulting in their functioning poorly and abnormally, and also having an indirect impact on the inflammatory response in the immune system. It can occur with individual body functions or multiple functions. There are many common symptoms such as fatigue, arthralgia, myalgia, palpitations, chest pain, tiredness, chronic cough, hair loss, insomnia, anxiety, cognitive impairment, headache, dizziness, numbness, muscle atrophy or multisystem inflammatory syndrome. In part of diagnosis mostly relies on patient history taking, symptoms, physical examinations, laboratory results including specific organ testing. Treatment depends on the impact of body conditions. If the patient is suffering from a mild illness, the treatment will provide them with any necessary prescriptions to treat the following conditions. Otherwise, if there is a higher risk of serious sickness, the patient should be intensive care in the hospital immediately to avoid long-term effects from chronic diseases that might destroy and deteriorate their body systems in the future.

Key words : long covid; post-acute covid; covid-19; SARS-CoV-2; multisystem inflammatory syndrome

* B.Pharm, M.P.H.(Hospital Administration) Pharmacy Department, Krabi Hospital

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) คือโรคติดเชื้อจากไวรัสซาร์ส-โควี-2 (SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS2 ; SARS-COV-2) ในระบบทางเดินหายใจ เกิดได้ทุกช่วงอายุ ผู้ป่วยที่ติดเชื้ออาจไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยเช่นในวัยเด็ก ไปจนถึงมีอาการปอดอักเสบชนิดรุนแรงโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวรุนแรง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยหายจากอาการติดเชื้อโควิดแล้วจะเริ่มมีอาการใหม่เกิดขึ้นหรือมีอาการเดิมต่อเนื่องที่เรียกว่าอาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิดหรือLONG COVID ซึ่งสร้างความยุ่งยากในการวินิจฉัยและรักษา เนื่องจากต้องแยกวินิจฉัยโรคจากหลายสาเหตุทั้งจากโรคทางกาย โรคทางจิตเดิมของผู้ป่วย หรือจากยา สารเสพติด สารเคมี สารพิษต่างๆ บางอาการไม่รุนแรงหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องรักษาหรือรักษาประคับประคองตามอาการ บางภาวะมีการอักเสบรุนแรงต้องวินิจฉัยเพิ่มเติม ให้การรักษาที่จำเพาะหรือต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาร่วมกัน บทความนี้นำเสนออาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้หลังติดเชื้อไวรัสโควิด กล่าวถึงนิยาม สาเหตุ กลไก การวินิจฉัย การแยกโรค ตลอดจนแนวทางการรักษา เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำไปใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิดได้อย่างเหมาะสม

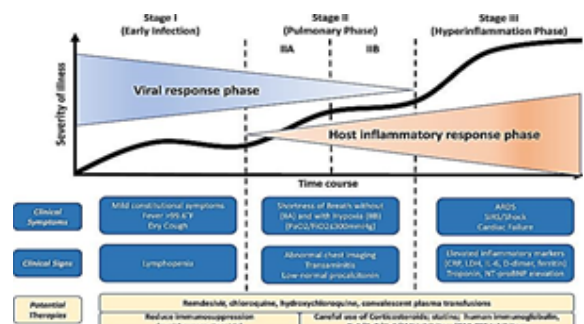
นิยาม¹

อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด(LONG COVID /POST-ACUTE COVID) คือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อโควิด ซึ่งเป็นอาการที่ขึ้นใหม่หลังรักษาหายแล้วในช่วงติดเชื้อโควิด หรือเป็นอาการเดิมต่อเนื่องจากช่วงติดเชื้อโควิดก็ได้ ระยะเวลาเกิดได้ภายหลังรับเชื้อ 4-12 สัปดาห์ (ทั่วไป 3 เดือน นับจากหลังตรวจพบเชื้อหรือหลังมีอาการในระยะติดเชื้อโควิด และใช้เวลานานอย่างน้อย 2 เดือนโดยไม่สามารถอธิบายได้จากสาเหตุอื่น) เกิดขึ้นได้ทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท ระบบทางสุขภาพจิต ระบบผิวหนังและเส้นผม เป็นต้น

สาเหตุและกลไกการเกิด¹⁻⁴

ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิดแบ่งทั่วไปได้ 3 ระยะ

ได้แก่ early infection ,pulmonary phase และ hyperinflammatory phase ระยะที่ 1 early infection เริ่มจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทั้งแบบไม่มีอาการหรือมีอาการเช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ เหนื่อย หอบ เมื่อไวรัสเพิ่มจำนวนมากขึ้นนำไปสู่การติดเชื้อที่ปอดใน ระยะที่ 2 pulmonary phase ผู้ป่วยจะมีอาการไอและหายใจไม่อิ่ม มีความผิดปกติทางทรงอก หากภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงส่งผลต่ออวัยวะทำงานผิดปกติหรือล้มเหลว(multi organ failure) ตามมาในระยะที่ 3 hyperinflammatory phase หากอักเสบที่ปอดทำให้ปอดอักเสบรุนแรงจนเกิดกลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง(acute respiratory distress syndrome; ARDS) อักเสบที่ไตทำให้เกิดภาวะไตวาย อักเสบที่ตับทำให้ค่าเอนไซม์ตับเพิ่ม อักเสบที่หัวใจเกิดความผิดปกติต่างๆที่หัวใจเช่นโรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (cardiomyopathy) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden cardiac death) นอกจากนั้นการอักเสบทำให้เกิดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนจนเกิดภาวะช็อกจากพิษเหตุติดเชื้อ (septic shock)ได้ เป็นต้น ในระยะ viral response phaseการรักษาเน้นบทบาทของการใช้ยาต้านไวรัสเป็นหลักและรักษาตามภาวะให้สัญญาณชีพกลับมาดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มหายจากอาการติดเชื้อเริ่มเข้าสู่ระยะหลังติดเชื้อโควิด (long covid)เป็นระยะที่มีการอักเสบของร่างกายเกิดขึ้น (host-inflammatory response phase)เกิดจากการที่ไวรัสมีผลโดยตรงต่ออวัยวะต่างๆในระยะติดเชื้อช่วงแรกหรือผลตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่มีต่อการอักเสบในภายหลัง (ดังรูปที่1)



รูปที่1 ระยะการติดเชื้อไวรัสโควิดและเป้าหมายการรักษา⁴

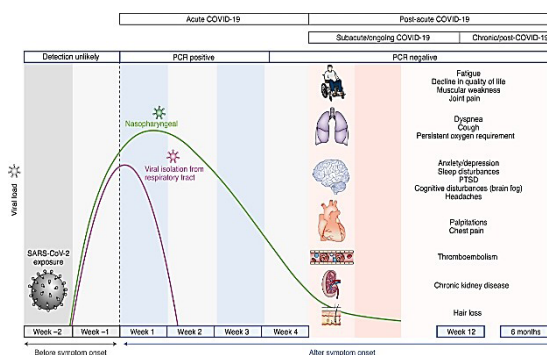
กลไกสาเหตุอาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิดยังไม่ทราบแน่ชัด สมมุติฐานเชื่อว่าน่าจะเกิดจากชิ้นส่วนจีโนมของเชื้อไวรัสหรือแอนติเจนของไวรัสที่หลงเหลือ ซึ่งไม่ได้มีความสามารถในการก่อโรคติดเชื้อแล้ว แต่ยังสามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้หลังการอักเสบในร่างกายนาน (cytokines storm) สารก่ออักเสบเช่น Interleukin (IL) -1, IL-6, IL-10, tumor necrosis factor (TNF)-alpha กระตุ้นให้เกิดการอักเสบเยื่อหุ้มหลอดเลือดต่างๆ เกิดภาวะแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดที่ง่ายกว่าปกติ (hypercoagulable state) จนเกิดลิ่มเลือด หากเป็นที่หลอดเลือดสมองขนาดกลางหรือขนาดใหญ่อุดตันอาจทำให้สมองขาดเลือดได้ ในกรณีของผนังหลอดเลือดที่ถูกกระตุ้นจากการอักเสบ หากมีไขมันหรือแคลเซียมมาเกาะอาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ (atherosclerosis)

อีกสาเหตุ เป็นผลต่อเนื่องจากระยะแรกของการติดเชื้อโควิดที่ไวรัสส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย จากการที่ไวรัสแทรกซึมผ่านเซลล์เยื่อทางเดินหายใจโดยมีตัวรับ (receptor) ที่สำคัญคือ angiotensin converting enzyme (ACE2) และ serine transmembrane serine protease (TMPRSS2) คอยสนับสนุนให้ไวรัสเข้ามาในร่างกายผ่านการกระตุ้น SARS-CoV-2 s protein เชื้อ SARS-CoV-2 จะแบ่งตัวมากขึ้นและกระจายไปตามหลอดเลือด ผลของการไวรัสแทรกซึมผ่านเซลล์เยื่อทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง (ARDS) นอกจากที่ปอดแล้วไวรัสยังกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ ที่มี ACE2 ด้วยเช่น ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ สมอง หัวใจ ไต ผิวหนังและเยื่อหุ้มหลอดเลือด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการอักเสบผิดปกติโดยมีเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ T-helper ทำให้เกิดภาวะ cytokine storm กระตุ้นเซลล์เยื่อผ่าน ACE2 receptor ทำให้มีการกระตุ้น tissue factor platelet activation มากขึ้น ระดับของ von willebrand factor และ factor VIII เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ กระตุ้นการตีบหลอดเลือด การแข็งตัวหลอดเลือดจนเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) จากการเกาะกลุ่มไฟบรินและเกล็ดเลือด เมื่อมีการสลายไฟบรินทำให้ตรวจพบระดับ D-dimer ที่สูงขึ้นได้เลือด 3 การอักเสบที่เกิดขึ้นหากเกิดระยะยาวโดยเฉพาะที่หัวใจทำให้เกิดกระบวนการ remodeling ของกล้ามเนื้อหัวใจ มีการหนาตัวผิดปกติกลายเป็นพังผืดเกิดเป็นโรคหัวใจเช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิด

จังหวะ เป็นต้น นอกจากนี้ไวรัสยังสามารถรุกรานที่เซลล์ประสาทโดยผ่าน blood brain barrier หรือผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 เกิดการพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดทำให้สมองทำงานผิดปกติจากการขาดออกซิเจน (hypoxia encephalopathy) หรือทำให้เกิดการเสียสมดุลของระบบ renin angiotensin aldosterone system (RAAS) ที่ควบคุมเกลือแร่และความดันโลหิตในร่างกาย เกิดความผิดปกติทางเมตาบอลิก (metabolic syndrome) เช่น โรคไตรอยด์ หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น

อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด^{1,3}

อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด (Long covid/post-acute covid-19) ส่วนใหญ่เกิด 4-12 สัปดาห์หลังรับเชื้อ (ทั่วไป 3 เดือนนับจากตรวจพบเชื้อหรือมีอาการและใช้เวลานานอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายได้จากสาเหตุอื่น)¹ (ดังรูปที่ 2) ไม่แนะนำให้ตรวจยืนยันซ้ำหลังหายจากติดเชื้อโควิดแล้ว ในระยะ 3 เดือนแรก เนื่องจากอาจให้ผลบวกกับสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสในสารคัดหลั่งได้ น่าจะเกิดจากชิ้นส่วนจีโนมของเชื้อไวรัสหรือแอนติเจนของไวรัสที่หลงเหลือ ซึ่งไม่ได้มีความสามารถในการก่อโรคติดเชื้อแล้ว แต่ยังสามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้เกิดการอักเสบในระยะอาการหลังติดเชื้อไวรัสได้¹



รูปที่ 2 ระยะ (TIMELINE) ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 (POST ACUTE COVID-19)⁵

อาการหลังติดเชื้อโควิดเกิดขึ้นได้หลายระบบของร่างกาย (ดังรูปที่ 3) ได้แก่

ระบบทั่วไป (SYSTEMIC SYSTEM) ได้แก่ เหนื่อยล้า หรืออ่อนเพลีย (FATIGUE) หลังติดเชื้อโควิดมีเพียงอาการเดียว

หรือร่วมกับอาการอื่นได้แก่ มีปัญหาความจำและสมาธิ เจ็บขณะกลืน ต่อม้ำเหลืองที่คออักเสบ โดกดเจ็บ ปวดศีรษะ นอนหลับไม่สนิท เหนื่อยล้าหลังจากออกกำลังกายนานกว่า 24 ชั่วโมง (มีอาการอื่นร่วมไม่เกิน 4 ข้อหรือมากกว่า 4 ข้อแต่มีอาการไม่เกิน 6 เดือน) สำหรับอาการปวดตามข้อ (arthralgia) หรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (myalgia) ตามร่างกายจะมีอาการปวดโดยไม่มีการอักเสบ ข้อแดง ปวดบวมร้อนร่วม หากมีข้ออักเสบต้องวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุอื่นร่วม

ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยเรื้อรัง เป็นลมหมดสติใจสั่น หัวใจเต้นเร็วระหว่างเปลี่ยนท่า (postural orthostatic tachycardia syndrome) ผู้ป่วยโควิดบางรายมีผลแทรกซ้อนทางหัวใจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) หรือทั้งสองภาวะร่วมกัน (myopericarditis) หากมีข้ออักเสบระยะยาวจนเกิดพังผืดอาจทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเรื้อรังตามมาเช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคสูงยังพบการรายงานภาวะแทรกซ้อนการเกิดลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลันทั้งในหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง (acute venous and arterial thrombosis) เช่นหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน (deep venous thrombosis) หลอดเลือดแดงปอดอุดตันเฉียบพลัน (acute pulmonary thromboembolism) ภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) และภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) เป็นต้น

ระบบทางเดินหายใจ (pulmonary system) ได้แก่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง ไอแห้งๆ พบได้ตั้งแต่อาการเหนื่อยเล็กน้อยไปจนถึงภาวะหยาหืดหรือช่วยหายใจลำบาก บางรายมีปัญหาการนอนหลับจากการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea ; OSA) ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังตามหลังการติดเชื้อโควิด

ระบบประสาท (neurological system) ได้แก่ หลงลืม อ่อนแรงเฉียบพลัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ปวดศีรษะ มีนัยสำคัญประกอบด้วยเวียนหัว บ้านหมุน โคลงเคลงหรือเสียการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหวศีรษะอย่างรวดเร็ว แต่ตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท ทั้งนี้อาการทางประสาททุกเว้นอาการ red flag ได้แก่ หลงลืมมากขึ้นเรื่อยๆ กลืนลำบากหรือเสียงเปลี่ยน ขาเป็นระดับที่ลำตัว อ่อนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ

ปัสสาวะไม่ออกหรือปัสสาวะเป็นสีดำ ซึ่งอาการ red flag ต้องวินิจฉัยแยกโรคสาเหตุและรักษาที่จำเพาะที่อาจไม่ใช่ผลจากการติดเชื้อโควิด

ระบบผิวหนังและเส้นผม (skin and hair) ได้แก่ ผื่น รังนกผื่นผื่นผื่นหรือโรคผื่นผื่น หมายถึงมีผื่นรุ่มมากกว่า 100 เส้นต่อวัน แต่ไม่เกินร้อยละ 50 ของผื่นทั้งศีรษะ มักเกิดหลังติดเชื้อโควิด 2-3 เดือน แต่หากเริ่มเป็นหลังติดเชื้อโควิดนานกว่า 6 เดือนต้องวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุอื่นก่อน

ระบบสุขภาพจิต (mental health system) ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ หมายถึงหลับยาก หลับๆตื่นๆ ตื่นเร็วกว่าปกติ ตื่นแล้วเข้านอนต่อไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งมีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน อาการวิตกกังวล หมายถึง คิดฟุ้งซ่าน สะดุ้งตกใจง่าย สมาธิความจำแย่ลง ตื่นตัวหรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนเช่นทำพฤติกรรมเดิมซ้ำๆเพื่อตรวจตราหรือเฝ้าระวังร่วมกับมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น เหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม มือเท้าชา แน่นท้องเป็นต้น โดยอาการทางจิตนั้นต้องไม่ได้เป็นมาก่อนติดเชื้อโควิดและไม่ได้มีสาเหตุอื่นเช่น โรคทางจิตเวช โรคทางกาย การใช้ยาและสารเสพติดร่วมกันมาก่อนหน้า ซึ่งนิยามอาการทางจิตหมายถึงมีอาการติดต่อกันจนรบกวนชีวิตประจำวันและการทำงานตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น

กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (multisystem inflammatory syndrome)⁶⁻⁷ เป็นการอักเสบที่รุนแรงของร่างกาย พบในเด็กเรียกว่า MIS-C หรือ multisystem inflammatory syndrome in children (ชื่อเรียกอื่นๆ เช่น paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 infection; PIMS-TS/PIMS) อาการได้แก่มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ติดต่อกันเกิน 24 ชั่วโมง ร่วมกับอาการทางระบบได้แก่ ระบบผิวหนังเช่นผื่น อักเสบเยื่อที่ตาแดงหรือปาก มือและเท้าบวมแดง/แตก ต่อม้ำเหลืองโต ระบบประสาทเช่นปวดศีรษะ ชัก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง ระบบหัวใจหลอดเลือดเช่นกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ระบบทางเดินอาหารเช่นปวดท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้อักเสบ ตับอักเสบ อาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ เลือดออกในทางเดินอาหาร ไตวายเฉียบพลัน ระบบหายใจเช่นปอดอักเสบ ลิ่มเลือดที่ปอดอุดตัน ระบบเลือดเช่นเลือดออกง่ายจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น หากอาการรุนแรงทำให้เกิดอาการช็อกได้แก่ความดันโลหิตต่ำ

หายใจหอบเหนื่อย ปริมาณความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90 มีเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ ความรู้สึกตัวลดลง โดยอาการอักเสบหลายระบบเป็นได้ตั้งแต่หลังรับเชื้อโควิดประมาณ 2-6 สัปดาห์หรือในระยะกำลังหายจากการติดเชื้อโควิดก็ได้

สำหรับการอักเสบที่เกิดขึ้นในผู้ใหญ่เรียกว่า multisystem inflammatory syndrome in adult (MIS-A)⁸ มีอาการได้แก่ ไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส นานมากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับอาการทางระบบซึ่งเกณฑ์อาการแบ่งเป็นเกณฑ์วินิจฉัยหลัก (primary clinical criteria) และเกณฑ์วินิจฉัยรอง (secondary clinical criteria)

เกณฑ์วินิจฉัยหลักมี 2 ข้อได้แก่

1. มีอาการทางระบบหัวใจเช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หลอดเลือดหัวใจโป่งพอง มีความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ของการบีบตัวของหัวใจห้องล่างขวาหรือซ้าย หัวใจเต้นช้า (2^{nd} , 3^{rd} degree A-V block) หรือหัวใจเต้นเร็ว (ventricular tachycardia) ทั้งนี้ไม่นับหากมีเพียงภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างเดียว

2. มีอาการระบบผิวหนังเป็นผื่นร่วมกับเยื่อเมือกอักเสบไม่เป็นหนอง

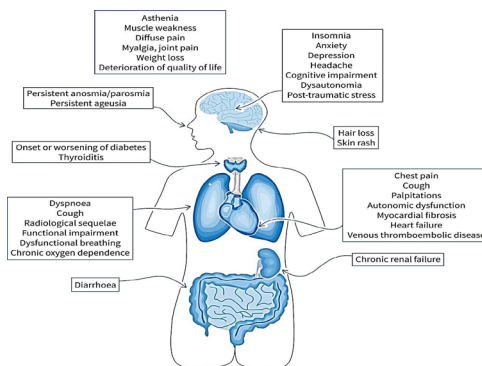
เกณฑ์วินิจฉัยรองมี 4 ข้อได้แก่

1. มีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นใหม่เช่น โรคทางสมองซึ่งไม่มีอาการความบกพร่องทางสติปัญญามาก่อนหน้านี้ ชัก อาการผิดปกติทางเยื่อหุ้มสมอง(meningeal signs) อาการทางปลายประสาทอักเสบ (รวมทั้ง Guillain-Barré syndrome)

2. มีภาวะช็อกหรือความดันโลหิตต่ำที่ไม่ได้เกิดจากการรักษา เช่น จากยาคุมสลบหรือจากการบำบัดทดแทนไต เป็นต้น

3. มีอาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลว

4. มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ซึ่งต่ำกว่า 150,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทั้งนี้การระบุว่าเป็นอาการอักเสบหลายระบบไม่ว่าแบบใดก็ตาม (MIS-A, MIS-C) อาศัยข้อมูลประกอบ 2 ส่วนคืออาการดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติที่แสดงถึงการอักเสบที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ซึ่งจะได้นำต่อไปในหัวข้อการวินิจฉัย



รูปที่ 3 อาการที่เกิดขึ้นได้หลังติดเชื้อโควิดต่ออวัยวะต่างๆในร่างกาย⁹

การวินิจฉัย^{1,3,6-7,11}

การวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติ อาการ อาการแสดง การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจเพิ่มเติมที่เฉพาะประกอบและการวินิจฉัยแยกโรค(ดังตารางที่ 1 และ 2) ร่วมกับประวัติผลการยืนยันเคยติดเชื้อโควิดมาก่อน ยืนยันผลด้วย antigen test, RT-PCR (reverse-transcription polymerase chain reaction) หรือการส่งตรวจทางภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา(serology)ของSARS-CoV-2 เป็นต้น¹ (และ/หรือข้อมูลการสัมผัสเสี่ยงสูงกับผู้ติดเชื้อโควิดใน 4-6 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ ในกรณี MIS-C)⁶⁻⁷

การซักประวัติ ประวัติทั่วไป เช่น สภาพร่างกายเดิม ประวัติโรคประจำตัวเดิม ทั้งโรคทางกายและโรคทางสุขภาพจิต ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการใช้สารเคมีและสารเสพติด ประวัติการรักษาในช่วงติดเชื้อโควิดเช่น ระยะเวลาที่เป็น ระดับความรุนแรง เมื่อครั้งรักษาตัวในหอผู้ป่วยเพื่อประเมินความแทรกซ้อนทางปอดหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อร่างกายอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น เหล่านี้ใช้ประกอบเพื่อประเมินความรุนแรงและผลกระทบช่วงอาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิดได้

อาการ อาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิดเกิดขึ้นได้ตามระบบต่างๆดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น เกิดผลกระทบต่ออวัยวะ/ระบบเดียวหรือร่วมกันหลายระบบ อาการเช่น อ่อนเพลีย ล้า หายใจลำบาก หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ปวด/เวียนศีรษะ ผื่นร่ว งูสวัด กังวล เครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น

การตรวจร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพทั่วไป ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต ร่วมกับการตรวจตามระบบของร่างกายที่มีอาการดังตารางที่ 1

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจทั่วไปและตรวจจำเพาะ ตรวจทั่วไปเช่น ตรวจเลือดดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ความสมดุลกรดต่าง เกลือแร่และสารน้ำในร่างกาย ค่าน้ำตาลในเลือด การทำงานของตับ การทำงานของไต การทำงานของต่อมไทรอยด์ ตรวจปัสสาวะ ภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจสมรรถภาพปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ ส่วนการตรวจจำเพาะไม่แนะนำให้ตรวจทุกรายขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใช้ในกรณีที่สงสัยการอักเสบระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งระบุค่าภาวะการอักเสบ (inflammatory biomarkers) เช่น c-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR), ferritin, D-dimer, cytokine inflammation panel (Interleukin-6; IL-6), fibrinogen, procalcitonin, Lactate

dehydrogenase (LDH), troponin, B-type natriuretic peptide(BNP), N-terminal pro B-type natriuretic peptide(NT-pro-BNP), creatine phosphokinase(CPK), hypoalbuminemia, neutrophilia, lymphopenia, thrombocytopenia, transminitis, hypertriglyceride, proteinuria เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค ต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะต่าง ๆ ออกจากอาการก่อนติดเชื้อโควิด ประเมินโดยอาศัยข้อมูลโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย ซึ่งต้องไม่มีอาการมาจากสาเหตุจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเดิมตลอดจนไม่มีการใช้ยา สารเสพติดหรือสารเคมีต่างๆที่มารบกวนการวินิจฉัย เครื่องมือที่ใช้ประเมินวินิจฉัยแยกโรคแสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยอาการหลังติดเชื้อโควิดตามระบบต่างๆ^{1,3,6-7,11}

ระบบ/อาการ	วิธีการและเครื่องมือ
ระบบทั่วไป เช่นอ่อนเพลีย ล้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ	อ่อนเพลีย ล้า ประเมิน mMRC, VAS/Vas fatigue, NRS, STOP-Bang ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ ตรวจสมรรถภาพร่างกายทั่วไป เช่น 6-minute walk test
ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยเรื้อรัง ลิ้มเลือดอุดตัน	เจ็บหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ เอนไซม์การทำงานหัวใจ (troponin) การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (cardiac MRI) / เหนื่อยเรื้อรัง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ BNP/NT-proBNP ภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจสมรรถภาพปอด การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ / ใจสั่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน24 ชั่วโมง (holter monitoring) / มีน้ศีรษะขณะเปลี่ยนท่า ตรวจ postural vital sign, active standing test / สงสัยภาวะลิ้มเลือดอุดตัน ตรวจ prothrombin time, fibrinogen, นับเกล็ดเลือด , D-dimer, antiphospholipid antibody, ค่าการอักเสบต่างๆในร่างกาย เช่น IL-6, LDH, CRP เป็นต้น
ระบบทางเดินหายใจ เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง	เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง ประเมิน mMRC ตรวจภาพถ่ายรังสีปอด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก / สงสัยลิ้มเลือดอุดตันที่ปอด ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ, D-dimer, CTA ปอด / ตรวจสมรรถภาพปอดเบื้องต้น sit to stand test ,วัดค่า SpO ₂ / ตรวจการหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นด้วยแบบประเมิน STOP-Bang, ESS ,ตรวจการนอนหลับ (polysomnography)
ระบบผิวหนังและเส้นผม เช่น ผื่นร่วง	ผื่นร่วง ตรวจหนังศีรษะ เส้นผมและรากผม เล็บ การส่องกล้องจุลทรรศน์เส้นผม กล้องขยายภาพผิว (dermoscopy) หรือตัดชิ้นเนื้อที่ศีรษะ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (ดูการขีด) ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ ประเมินการขาดธาตุเหล็ก(serum ferritin) ระดับวิตามินดีในร่างกาย ภาวะภูมิแพ้ตนเอง (ANAs)
ระบบสุขภาพจิต เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล	ตรวจสุขภาพจิตทั่วไป / ภาวะวิตกกังวล ประเมิน GAD-7 / ภาวะนอนไม่หลับ ประเมินความรุนแรงการนอนไม่หลับ (insomnia severity index ;ISI) / ภาวะหดหู่ ซึมเศร้า ประเมิน 2Q,9Q

ตารางที่ 1 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยอาการหลังติดเชื้อโควิดตามระบบต่างๆ^{1,3,6-7,11} (ต่อ)

ระบบ/อาการ	วิธีการและเครื่องมือ
ระบบประสาท เช่น หลงลืม ความจำสั้น อ่อนแรงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ มึน ชา กล้ามเนื้อฝ่อลีบ	หลงลืม ความจำสั้น ประเมิน Mini-Cog,TMSE, MoCA /ตรวจคัดกรองสติปัญญาและการทำงาน ของสมอง เช่น TMSE / อ่อนแรงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ อ่อนแรงขาไปหน้า แขนขา ข้างใดข้างหนึ่ง หรือสองข้าง หรืออาการทางสมองประเมินความรุนแรงด้วย NIHSS ตรวจ CT,CTA ,MRI / มึน บ้านหมุน ตรวจวัดความดันท่า supine และ upright/ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ตรวจวัดมวลกล้ามเนื้อ ประเมินดัชนีมวลกาย ประเมินการกินอาหาร-ภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาการดูดซึมสารอาหาร วัดภาระโรค (disease burden) ตรวจ CPK ระดับวิตามินดีในร่างกาย / ตรวจอื่นๆเพิ่มเติมได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด เกล็ดเลือดในร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต(cortisol), การทำงานต่อมไทรอยด์,ตับ,ไต ภาวะขาดวิตามินบี12 ประเมินภาวะติดเชื้อ เช่น VDRL, anti-HIV
อาการอักเสบหลายระบบ	ตรวจ inflammatory biomarkers เช่น CRP, ESR, ferritin, D-dimer,IL-6, fibrinogen, procalcitonin,LDH, Troponin , BNP/NT pro-BNP ,CPK เป็นต้น /ความผิดปกติทางระบบต่างๆ เช่น ระดับโซเดียมในเลือด ระดับโปรตีนอัลบูมิน(hypoalbuminemia) ประเมินการแข็งตัวของเลือด (coagulopathy : INR, PT ,aPTT) ปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (lymphopenia) เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophilia) ตรวจนับเกล็ดเลือด (thrombocytopenia) ค่าตับ/ไต (transaminitis, acute kidney injury, proteinuria)/ ตรวจเพิ่มเติม เช่นภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ ตรวจอวัยวะในช่องท้อง เป็นต้น

คำย่อ : mMRC;modified medical research council, VAS;visual analogue scale, NRS; numeric rating scale, MRI; magnetic resonance imaging, CTA; computed tomography angiography, SpO2; oxygen saturation, ESS; epworth sleepiness scale, ANAs; antinuclear

antibodies,TMSE; thai mental state examination, MoCA;The montreal cognitive assessment, NIHSS; national institutes of health stroke scale, VDRL; venereal disease research laboratory test, INR; international normalized ratio, PT;prothrombin time, aPTT;activated partial thromboplastin time

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยแยกอาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิดกับสาเหตุอื่นๆ^{1,3,6-7,11}

ระบบ	อาการ	ภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ใน long covid	ตัวอย่างการวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ
ระบบทั่วไป	อ่อนเพลีย ล้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ	myalgia/arthritis, fatigue,chronic fatigue syndrome associated with covid-19	การใช้ยาลดไขมันกลุ่ม statin โรคทาง rheumatic/systemic autoimmune เช่นdermatomyositis, polymyositis โรคทางระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เช่น osteoarthritis โรคทางต่อมไร้ท่อ เช่น โรคทางต่อมไทรอยด์ ภาวะพร่องฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การขาดวิตามิน โรคทางตับและไตบกพร่อง กลุ่มอาการ central sensitivity syndrome เช่น fibromyalgia ,chronic fatigue syndrome

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยแยกอาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิดกับสาเหตุอื่นๆ^{1,3,6-7,11} (ต่อ)

ระบบ	อาการ	ภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ใน long covid	ตัวอย่างการวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ใจสั่น	อาการทางหัวใจ ใน long covid เป็นภาวะเดียวกับ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ	supraventricular tachycardia ,ventricular tachycardia, DIC
	เจ็บหน้าอก		arterial thrombosis เช่น STEMI, NSTEMI หรือ posterior-MI, arrhythmia, pericarditis, myocarditis ,DIC
	เหนื่อยเรื้อรัง อ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง		ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอด ลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด โรคโลหิตจาง โรคไทรอยด์ DIC
ระบบทางเดินหายใจ	เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไอเรื้อรัง	pulmonary sequelae in long covid	ภาวะ obstructive sleep apnea ลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ เช่น ลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด
ระบบผิวหนังและเส้นผม	ผมร่วง	โรคผมผลัด (telogen effluvium) แบบเฉียบพลัน หรือ เรื้อรัง	โรคเกี่ยวกับเส้นผม โรคผมบางอายุมาก จากกรรมพันธุ์ ภาวะผมร่วงอื่นที่ไม่สัมพันธ์โควิด เช่น จากความเครียดมาก เจ็บป่วยรุนแรงมาก ขาดสารอาหาร สารพิษ หรือโรคทางกาย เช่น ไทรอยด์ หรือจากยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยา ไทรอยด์ ยากันชัก เป็นต้น
ระบบสุขภาพจิต	วิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้า	insomnia,depression, anxiety in long covid	โรคทางจิตเวช โรคทางกายเช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ การใช้ยา/สารเสพติด
ระบบประสาท	หลงลืม	ภาวะปรีชานบกพร่อง(dementia,mild cognitive impairment)	ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคอัลไซเมอร์ พาร์กินสัน หลอดเลือดสมองตีบ/แตก กลืนแหว่ หรือสารอาหารในร่างกายผิดปกติ ยาหรือสารเคมีอีกเสบติดเชื้อในสมอง อักเสบจากภูมิคุ้มกันไวผิดปกติในสมอง เนื้องอกสมอง
	อ่อนแรงเฉียบพลัน	อ่อนแรงเฉพาะที่เฉียบพลัน	โรคหลอดเลือดสมองเช่น acute ischemic stroke, acute intracranial hemorrhage เป็นต้น
	ปวดศีรษะ	ปวดไมเกรน ปวดแบบtension ปวดทุกวันแบบระบุวันเวลาชัดเจน (new daily persistent headache)	

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยแยกอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา^{1,3,6-7,11} (ต่อ)

ระบบ	อาการ	ภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ใน LONG COVID	ตัวอย่างการวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ
ระบบประสาท	มึน เวียนศีรษะ	dizziness/ vertigo post covid-19	ความผิดปกติระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น orthostatic intolerance, postural orthostatic tachycardia syndrome โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอกในสมอง โรคทางหูชั้นใน เช่น หินปูนในหูชั้นใน น้ำในหูไม่เท่ากัน โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคระบบไหลเวียนเลือด โลหิตจาง เบาหวาน ไทรอยด์ เป็นต้น
	กล้ามเนื้อฝ่อลีบ	long covid muscle wasting and nutrition deficiency	โรคทางกล้ามเนื้ออักเสบ โรคทางกายอื่นๆ
อาการอักเสบหลายระบบ	ไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ระบบ เช่น ผื่น มือเท้าบวมแดง ต่อม้ำเหลืองโต อาการทางสมอง หัวใจ	multisystem inflammatory syndrome (MIS)	โรค kawasaki การติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น staphylococcal scalded skin syndrome , toxic shock syndrome, lupus ,vasculitis เป็นต้น

คำย่อ DIC; disseminated intravascular coagulation

การรักษา^{1,3,6-7,10-12}

การรักษา เน้นการรักษาตามระบบ/อวัยวะ และสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่

ระบบทั่วไปของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย กรณีไม่ใช้ยาบำบัดรักษาด้วยการออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป (graded exercise therapy) แต่มีอาการล้ามากขึ้น ให้หยุดแล้วฝึกหายใจผ่อนคลาย ซึ่งการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรมีช่วงเวลาพัก โดยออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและควรระมัดระวังในผู้โควิดที่เคยติดเชื้อแล้วมีอาการทางระบบหายใจแทรกซ้อนเดิมมาก่อน ทั้งนี้อาจใช้วิธีจิตบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ร่วม กรณีมีอาการรุนแรงอาจใช้ยารักษาร่วมในขนาดต่ำและระยะเวลาไม่นาน เช่น ถ้ามีอาการปวดประสาทแบบ neuropathic pain อาจให้ยาแก้ปวดกลุ่ม GABA agonist , tricyclic antidepressant (TCA) , serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI) เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ปวดตามข้อและเมื่อยกล้ามเนื้อ (arthralgia/myalgia) ถ้าไม่พบการกำเริบหรืออักเสบให้รักษาตามอาการเช่น ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ออกกำลังกายเบาๆ ประคบอุ่น ให้ยาแก้ปวด คลายกล้ามเนื้อตามระดับความรุนแรงถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ยา ส่งต่อหากไม่ตอบสนองการรักษาภายใน 3 เดือน หรือสงสัยโรคที่มีอาการรุนแรงที่จำเป็นต้องวินิจฉัยเพิ่มเติมเช่น สงสัยอาการอ่อนล้าเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome) จากสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สงสัยอาการเหนื่อยหายใจลำบากร่วมเจ็บหน้าอกเฉียบพลันและมีออกซิเจนปลายนิ้วน้อยกว่าร้อยละ 96 จากลิ้นเลือดอุดตันที่ปอด สงสัยอาการปวดเรื้อรังที่กล้ามเนื้อ มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวและข้ออักเสบบวมร้อนแดงจากปวดบริเวณกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (fibromyalgia) ข้อเสื่อม (osteoarthritis) หรือกล้ามเนื้ออักเสบ (myositis) เป็นต้น

ระบบทางเดินหายใจ แนะนำให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) ออกกำลังกายแบบเบา ฝึกการหายใจ เพื่อคุมการหายใจให้ช้าและลึก สร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อหายใจ กรณีติดเชื้อโควิดรุนแรงจนมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) จากการมีพังผืดที่ปอด อาจใช้ออกซิเจนบำบัดตามข้อบ่งชี้ของผู้เชี่ยวชาญ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด รักษาตามอาการหรือรักษาจำเพาะตามโรคหัวใจที่พบเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อโควิด เช่นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis)¹⁰⁻¹¹ พิจารณารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ หากอาการไม่รุนแรงให้การรักษาประคับประคองให้ยาต้านการอักเสบกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal antiinflammatory drugs; NSAIDs), ยาสเตียรอยด์ (prednisolone), colchicine ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายเป็นปกติได้เองมีรายงานเสียชีวิตน้อย กรณีมีอาการรุนแรงได้แก่ มีความผิดปกติของการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular dysfunction; LV dysfunction) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (VT, VF, AV block) ภาวะหัวใจล้มเหลว (ค่า NT-proBNP/BNP ที่สูง) ภาวะน้ำท่วมปอด มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต (shock, respiratory distress, anuria) หรือมีการทำงานของตับ/ไตบกพร่องร่วม ให้รับรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด (เช่น ICU, CCU) พิจารณา intravenous immunoglobulin (IVIG), glucocorticoid ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือใส่ mechanical circulatory support ร่วม ตามเหมาะสมตามการรักษามาตรฐานต่างๆ สำหรับผู้ป่วยเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis)¹⁰⁻¹¹ รักษาตัวในโรงพยาบาลกรณีอาการรุนแรง เกณฑ์พิจารณาเหมือนภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ¹¹ ซึ่งต้องประเมินภาวะผู้ป่วยว่ามีน้ำปริมาณมากในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) หรือไม่ หากมีน้ำมากจนกดเบียดหัวใจเกิดภาวะบีบรัดหัวใจ (cardiac tamponade) อาจต้องเข้ารับการผ่าตัดในรายที่เสี่ยงสูง¹⁰ กรณีไม่รุนแรงให้ยาต้านการอักเสบ เช่น NSAIDs, steroid, colchicine นอกจากนี้มีการพิจารณาให้ aspirin ขนาดผู้ใหญ่ 300-800 มิลลิกรัม¹⁰ (หรือ 500-1000 มิลลิกรัม)¹¹ ทุก 6-8 ชั่วโมง หรือขนาดเด็กน้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 กิโลกรัม ให้ขนาด 20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง ระยะเวลาการรักษาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของโรคสูงเช่นมีระดับ D-dimer สูงหรือมีอาการรุนแรงที่เข้าได้กับภาวะลิ่มเลือดอุดตันพบได้ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ต้องรับเข้ารักษาในหออภิบาลดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมักให้ผลการรักษาที่ไม่ดีและมีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยโควิดอื่นๆ จากการล้มเหลวการทำงานของอวัยวะหลายระบบรวม รวมทั้งพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด unfractionated heparin (UFH) หรือ

low molecular weight heparin (LMWH) ขณะเดียวกันเฝ้าระวังโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายหยุดยาก โดยประเมินความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดก่อนให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด³

นอกจากนี้ควรซักประวัติการรับวัคซีนโควิดโดยเฉพาะวัคซีนชนิด mRNA ร่วม เนื่องจากมีรายงานการเกิดลิ่มเลือดอุดตันจากการได้วัคซีน (vaccine induced immune thrombotic thrombocytopenia ;VITT) หากพบว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติ VITT มาก่อนและพบแอนติบอดีต่อ platelet factor 4 (anti-PF4 antibody) ในกระแสเลือดซึ่งอาจพบเช่นเดียวกับที่พบในผู้ป่วย HIT (heparin induced thrombocytopenia) ไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม heparin (เช่น UFH, LMWH) ก่อนอย่างน้อย 3 เดือน เนื่องจากอาจทำให้โรคลุกลามมากขึ้น แต่ทั้งนี้การใช้ยาต้านลิ่มเลือดที่ไม่ใช่ heparin (เช่น fondaparinux) ถึงแม้มีอัตราเสียชีวิตต่ำกว่า แต่ก็อาจเกิดได้ แพทย์จึงควรใช้ยาต้านลิ่มเลือดด้วยความระมัดระวังและประเมินภาวะผู้ป่วยเป็นระยะโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำรุนแรงและมีภาวะเลือดออกง่าย¹²

ระบบประสาท ในผู้ป่วยภาวะปรีชานบกพร่องที่มีความรุนแรงน้อย อาจดีขึ้นเองเมื่อเวลาผ่านไป การรักษาโดยไม่ใช้ยาเช่นทำกิจกรรมฝึกสมอง ออกกำลังกาย ไม่แนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด ยกเว้นวินิจฉัยแยกโรคแล้วเข้าเกณฑ์ของโรคสมองเสื่อมอื่นๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น ส่วนภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ภาวะสมองตีบหรือแตก ให้รักษาตามแนวทางมาตรฐาน ภาวะนั้นๆ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในกรณีมีอาการทางสมองรุนแรงที่จำเป็นต้องใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำหรือกรณีที่ต้องใส่สายสวนหลอดเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเกิดใหม่หลังติดเชื้อโควิดให้การรักษาตามประเภทการปวดเช่น หากปวดคล้าย tension ให้ยาในกลุ่ม paracetamol, NSAIDs ปวดไมเกรนให้ยาในกลุ่ม NSAIDs หรือ triptans และหากปวดบ่อยกว่า 4 ครั้งต่อเดือนให้ยาป้องกันร่วม เช่น TCA เป็นต้น หากรักษาแล้วยังไม่ตอบสนองหรือมีอาการปวดรุนแรงที่สงสัยสาเหตุจากโรคอื่นให้ส่งต่อประสาทแพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีนึ้ศีรษะให้ยาลดอาการเวียนและคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ cinnarizine, flunarizine, betahistine mesylate เป็นต้น หากยังไม่ดีขึ้นหรือมีโรคทางกายที่สงสัยร่วม ควรส่งต่อประสาทแพทย์และ

อายุรแพทย์ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อสลายหลังติดเชื้อโควิดเป็นภาวะที่ร่างกายมีมวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ควรให้การรักษารักษาแบบองค์รวมทั้งด้านโภชนาการ เพิ่มปริมาณแคลอรีในอาหาร ภายใต้อาการบำบัด เวชศาสตร์ฟื้นฟูและประสาทแพทย์ เฝ้าระวังภาวะมวลกล้ามเนื้อเช่นค่า CPK วินิจฉัยแยกโรคเพิ่มเติมโดยประสาทแพทย์หากมีอาการอ่อนแรงมากขึ้น กลืนลำบาก ปัสสาวะเปลี่ยนสี (myoglobinuria) โดยเฉพาะกลุ่มกล้ามเนื้ออักเสบ เป็นต้น

ระบบผิวหนังและเส้นผม ผู้ป่วยอาจมีผื่นจากโรคผื่นผด การรักษาที่ช่วยกระตุ้นเส้นผมได้เช่น ใช้ยาทา minoxidil เริ่มใช้ตอนผมเริ่มจะหลุดร่วง (ยานี้อาจทำให้ผมร่วงช่วงแรกที่ใช้ได้) ทว่าผู้ป่วยโรคผื่นผดอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยานี้เนื่องจากธรรมชาติของโรคมักจะหายได้เอง ผมจะหลุดร่วงและค่อยๆ ขึ้นใหม่หลังหายจากติดเชื้อโควิดประมาณ 2 เดือนหรือหากผมร่วงจากสาเหตุอื่นร่วม เมื่อแก้ไขสาเหตุได้แล้วอาการผมร่วงมักหายไปประมาณ 3-6 เดือน ส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคผิวหนังหากไม่หยุดร่วงภายใน 6 เดือนหลังหายจากโควิดหรือหลังหยุดสาเหตุอื่นแล้ว หรือเป็นโรคผื่นผดเป็นหย่อมซึ่งมักมีความรุนแรง (ร่วงเกินร้อยละ 50 ของผมนบนศีรษะ)

ระบบทางสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับ กรณีไม่รุนแรงให้คำแนะนำเรื่องสุขาภิบาลการนอน (sleep hygiene) การสร้างความผ่อนคลาย เป็นต้น กรณีรุนแรงซึ่งมีคะแนน ISI มากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ให้คำแนะนำเรื่องสุขาภิบาลการนอนและส่งพบแพทย์ เพื่อประเมินการให้ยารักษา ร่วม ยาที่ใช้มักเป็นกลุ่ม benzodiazepine ชนิดออกฤทธิ์สั้นในผู้หลับยากช่วงแรกเช่น lorazepam ชนิดออกฤทธิ์ยาวในผู้หลับไม่สนิท ตื่นกลางดึก ตื่นเร็วกว่าปกติเช่น clonazepam, diazepam หรือยา non-benzodiazepine เช่น zolpidem ที่ออกฤทธิ์เร็ว เป็นต้น หากรักษาแล้วยังไม่ดีขึ้นภายใน 1 เดือนหรือมีปัญหาหยุดหายใจขณะหลับ หรือมีโรคทางกาย/ทางจิตอื่นร่วมควรส่งพบจิตแพทย์และอายุรแพทย์ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหากไม่รุนแรงให้คำปรึกษา ให้ความรู้ปรับความคิด พฤติกรรม บำบัดทางจิตและสังคม สอนการผ่อนคลาย ผิกหายใจ หากรุนแรงซึ่งมีคะแนน GAD7 ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป ให้คำปรึกษาร่วมกับให้ยาขนาดต่ำๆ ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) ในตอนเช้า เช่น fluoxetine, sertraline หรือยาในกลุ่ม benzodiazepine ตอนก่อนนอน เช่น diazepam, lorazepam หรือทั้งสองกลุ่ม

ร่วมกันแล้วค่อยปรับเพิ่มลดการรักษาตามเหมาะสมจนอาการดีขึ้นค่อยๆ ลดขนาดยาแล้วหยุด ส่งต่อผู้ป่วยพบจิตแพทย์หากคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลงหรือมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น ซึมเศร้ามาก คิดทำร้ายตนเอง หรือมีโรคทางกายร่วม มีการใช้สุราและสารเสพติดร่วม เป็นต้น

อาการอักเสบหลายระบบ⁶⁻⁷ ให้ยาปฏิชีวนะแบบempirical therapyทุกรายที่มีอาการอักเสบหลายระบบรุนแรง (MIS) จนกว่าจะรู้ผลเพาะเชื้อ ให้ยาลดการอักเสบ IVIG ขนาด 2 กรัม/กิโลกรัม (อาจแบ่งให้ 1 กรัม/กิโลกรัม วันละครั้งเป็นเวลา 2 วัน) เนื่องจากยาามีผลต่อการแตกของเม็ดเลือดแดง (hemolytic anemia) และทำให้น้ำเกิน ดังนั้นก่อนให้ยาควรประเมินการทำงานของหัวใจและสถานะสารน้ำของผู้ป่วยก่อน เพื่อระมัดระวังการให้สารน้ำในปริมาณมากจนเกิดน้ำท่วมปอดเฉียบพลันโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีหัวใจโต มี LV dysfunction หรือมีภาวะน้ำเกินอยู่เดิม เป็นต้น กรณีผู้ป่วยมีภาวะช็อก หรือ LV dysfunction อาจพิจารณาให้ยากระตุ้นหัวใจ (inotropic drugs) ร่วมเช่น dopamine, dobutamine, norepinephrine, adrenaline ตามเหมาะสม ขึ้นอยู่กับสถานะช็อกของผู้ป่วยว่าเป็นแบบ cardiogenic shock หรือ vasodilatory shock หรือทั้งสองกรณี หากมีช็อกหรือภาวะคุกคามแก่อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย IVIG อาจเสริมด้วย methylprednisolone 1-2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ทางหลอดเลือดดำร่วม (ขนาดสูงสุด 60 มิลลิกรัม/วัน) (หากไม่มียานี้สามารถให้ glucocorticoid อื่นที่มีขนาดเทียบเท่า เช่น dexamethasone 10 มิลลิกรัม/ตารางเมตร/วัน เป็นต้น) หากมีปัจจัยเสี่ยงคุกคามหลายระบบที่รุนแรงเช่น เป็นเด็กทารก, kawasaki shock syndrome, CRPมากกว่า 130 กรัม/เดซิลิตร, คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจพบค่า Z-score มากกว่า 2.5 หรือพบ aneurysm พิจารณาให้เป็น pulse methylprednisolone 10-30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วันทางหลอดเลือดดำ (ขนาดสูงสุด 1 กรัม/วัน) เป็นเวลา 1-3 วัน แล้วต่อด้วย methylprednisolone พิจารณาให้ยาป้องกันกระเพาะ (GI prophylaxis) ร่วมจนกว่าจะหยุดยาสเตียรอยด์ ข้อระวังการพิจารณา glucocorticoid ให้เมื่อไม่พบหลักฐานการติดเชื้อรุนแรงร่วม การรักษาหากยังไม่ตอบสนองทั้ง IVIG และ glucocorticoid ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาในในกลุ่ม biological agent เช่น anakinra (IL-1 receptor antagonist), tocilizumab (monoclonal anti-IL-6 antibodies), infliximab (monoclonal anti-tumor

necrosis factor antibodies; anti-TNF), Janus kinase-inhibitor (JAK/STAT blocker) เช่น baricitinib เป็นต้น

กรณีผู้ป่วยมีความผิดปกติหลอดเลือดหัวใจหรือเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดอุดตัน โดยเฉพาะในเด็กที่วินิจฉัย MIS-C พิจารณาให้ aspirin ขนาดต่ำ (3-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน, สูงสุด 81 มิลลิกรัม/วัน) ร่วม หยุดให้เมื่อไม่พบความผิดปกติที่ 4 สัปดาห์หรือจนกว่าจะปกติ หากมีการโป่งของหลอดเลือดหัวใจขนาดใหญ่ (giant coronary artery aneurysm ;CAA, Z-score ≥ 10) ให้ยา aspirin ร่วมกับ enoxaparin (หรือ warfarin) หากมีค่าการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 35 (EF<35%) หรือมีลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) ระหว่างนอนโรงพยาบาลได้ enoxaparin/heparin เมื่อจำหน่ายกลับบ้านอาจพิจารณาให้ enoxaparin (หรือ warfarin) ต่อขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา (enoxaparin แบบ subcutaneous ในเด็กน้อยกว่า 2 เดือน ขนาดรักษาและขนาดป้องกันเป็น 1.5 และ 0.75 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง ตามลำดับ, เด็กมากกว่า 2 เดือน ขนาดรักษาและขนาดป้องกันเป็น 1.0 และ 0.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง ตามลำดับ) เลี่ยงการให้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ที่เสี่ยงเลือดออกง่ายหรือเกล็ดเลือดต่ำกว่า 80,000 ต่อลูกบาศก์เมตร และพิจารณาปรึกษาส่งต่อโลหิตแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจห้องล่าง (ventricular dysfunction) พิจารณาให้ยา angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI), beta blocker หากไม่มีข้อห้ามใช้

บทสรุป

การติดเชื้อไวรัสโควิดแม้ติดเชื้อแล้วหายได้เอง แต่ผลสืบเนื่องหลังการติดเชื้ออาจส่งผลกระทบต่อร่างกายจนเกิดเป็นอาการต่างๆ หลังติดเชื้อไวรัสโควิดหรือ Long covid ได้ อาการที่เกิดขึ้นมีทั้งระดับน้อยเช่นปวดเมื่อยตัว เหนื่อยเพลีย ไอ และหายได้เองเมื่อเวลาผ่านไป จนถึงระดับรุนแรงที่กระทบต่ออวัยวะหลายระบบเช่นกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (MIS) จนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและให้การรักษาที่จำเพาะผลหลังการติดเชื้อบางอาการแม้ไม่รุนแรงแต่กระทบต่อคุณภาพชีวิตระยะยาว เช่นในโรคผมผลัดซึ่งทำให้ผมร่วงที่สร้างความอับอายต่อสาธารณะ แม้หายได้เองแต่ต้องใช้ระยะเวลานานเป็นเดือน บางอาการมีความรุนแรงจนเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกายระยะยาวเช่นผลต่อหัวใจและหลอดเลือด อักเสบมาก

และนานจนเกิดพังผืดส่งผลให้การทำงานของหัวใจผิดปกติจนกลายเป็นโรคเรื้อรังระยะยาวอย่างโรคหัวใจล้มเหลวในอนาคต เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายแก่แพทย์ที่จะต้องวินิจฉัยให้เร็วและรักษาได้ตรงจุด ตลอดจนการส่งต่อการรักษา หากต้องวินิจฉัยเพิ่มเติมทำหัตถการขั้นสูงหรือในผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงกระทบหลายระบบซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์หลายสาขาร่วมกันรักษาเป็นต้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้ยืนยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (post covid syndrome) หรือภาวะ long covid สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=157
2. ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. cardiac involvement of covid-19. ใน: รัตตะพล ภัคโชตานนท์, มนาภรณ์ ปายะนันท์, ชลลดา เหล่าเรืองโรจน์, อำนาง ชัยประเสริฐ, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. Primer on medicine. กรุงเทพฯ: โครงการ ตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2564. หน้า 143-67.
3. ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สันธิติ โมรากุล, บรรณาธิการ. covid and critical in critical care. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย; 2563.
4. Siddiqi HK, Mehra MR. Covid-19 illness in native and immunosuppressed states: a clinical-therapeutic staging proposal. J Heart Lung Transplant 2020;39(5):405-7.
5. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute covid-19 syndrome. Nat Med 2021;27: 601-15.
6. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. multisystem inflammatory syndrome in children and covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20200630151922.pdf>

7.ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัยและดูแลรักษากลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในเด็ก (multisystem inflammatory syndrome in children; mis-c) ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20211006025308.pdf>

8.Centers for Disease Control and Prevention. Multisystem inflammatory syndrome in adults ;mis-a [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cdc.gov/mis/mis-a/hcp.html>

9.Montani D, Savale L, Noel N, Meyrignac O, Colle R, Gasnier M, et al. Post-acute covid-19 syndrome. Eur Respir Rev 2022; 31: 210185 [DOI: 10.1183/16000617.0185-2021

10.เมทินี กิตติโพนานนท์. endocarditis, myocarditis and pericarditis. ใน: ปวีณา ชุณหะวัณ, พงมาน พิศาลประภา, ศุภฤกษ์ ดิษยบุตร, สุพจน์ นิ่มอนงค์, บรรณาธิการ. sririraj internal medicine board review 2019. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิสัย; 2562. หน้า 133-42.

11.ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำการวินิจฉัยและรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ที่เกิดภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20211003165544.pdf>

12.รัฐพันธ์ ละมุล. vaccine induced immune thrombotic thrombocytopenia . ใน: รัตตะพล ภัคโชตานนท์, มนารณ ปายะนันท์, ชลลดา เหล่าเรืองโรจน์, อานาจชัยประเสริฐ, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. primer on medicine. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทย์พระมงกุฎเกล้า; 2564. หน้า 869-74.

ข้อควรรู้ของคุณแม่ตั้งครรภ์ในยุคโควิด

ศุภมาส พันธุ์ไชย*

ในยุคที่โรคโควิด 19 ระบาดอย่างหนัก คนกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญได้แก่กลุ่มคุณแม่ที่ตั้งท้อง แม้ว่าไม่มีรายงานอย่างชัดเจน ถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 จะสัมพันธ์กับภาวะพิการของทารกในครรภ์อย่างชัดเจน แต่จากการรวบรวมสถิติในสหรัฐอเมริกา พบว่าการติดเชื้อโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง (Stillbirth) การคลอดก่อนกำหนดและภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ขณะเดียวกัน การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกพบได้น้อย เพียงร้อยละ 2 แต่ยังพบเด็กที่ติดเชื้อมีภาวะหายใจล้มเหลวได้ การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การที่คุณแม่ต้องระมัดระวัง ไม่ไปสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ การเว้นระยะห่าง การใส่หน้ากากอนามัย และการล้างมือบ่อยๆ ส่วนการฉีดวัคซีนโควิดระหว่างตั้งครรภ์ โดยพบว่า การฉีดในช่วงหลังจะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันสูงกว่า การฉีดในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ โดยพบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับวัคซีนโควิด จะมีอัตราการแท้งน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญ

สตรีตั้งครรภ์ ถ้าติดโรคโควิด-19 แล้วจะมีอันตรายมากกว่าสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ โดยพบว่า โอกาสที่จะเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู สูงกว่า 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.5-8 คน ใน 1,000 คน ในประเทศไทยมีสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตแล้ว 3 คน (จนถึงเดือนพฤษภาคม 2564) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคในสตรีตั้งครรภ์มีอาการรุนแรง ได้แก่ มารดาตั้งครรภ์ตอนอายุมาก มีภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะครรภ์เป็นพิษ

สตรีตั้งครรภ์ถ้าติดเชื้อ จะมีผลต่อลูกหลายอย่าง จากสถิติพบว่า มีภาวะคลอดก่อนกำหนด มากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ 1.5 เท่า มีภาวะเด็กตายคลอด 2.8 เท่า เด็กติดเชื้อ

ร้อยละ 2 แต่ส่วนใหญ่ของเด็กที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการ จากสถิติของโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า ทารกหนึ่งร้อยคนที่คลอดจากแม่ที่กำลังติดเชื้อโควิด 19 มีเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 เพียงแค่หนึ่งคน คิดเป็นร้อยละ 1 เด็กส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ร้อยละ 50 อีกครั้งที่เหลือส่วนใหญ่มีอาการหายใจแรง ต้องให้ออกซิเจนช่วยเหลือในช่วงแรก และบางส่วนมีปัญหาลำไส้อักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าท้องคลอด และมีทีมไปรับเด็กมาแยกจากมารดาในช่วง 72 ชั่วโมงแรก เพื่อบรรเทาเชื้อไวรัส หลังจากไม่พบการติดเชื้อ จึงส่งเด็กกลับบ้านพร้อมญาติ

แม้ว่าจะไม่มีรายงานภาวะพิการแต่กำเนิดจากมารดาติดเชื้อโควิดขณะตั้งครรภ์ออกมาอย่างชัดเจน เหมือนการติดเชื้อหัดเยอรมัน การติดเชื้อไข้ซิกา หรือการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นๆ แต่ก็มีรายงานออกมาบ้าง แม้จะยังไม่มีความมากมายระดับที่พบในภาวะปกติ เช่น มีการพบภาวะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่อัตราการเกิดไม่ได้มากกว่าอัตราปกติที่พบในประชากรส่วนใหญ่ที่ไม่ติดเชื้อโควิด และจากข้อมูลของโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า ทารกที่เสียชีวิตจากภาวะความดันในปอดสูง ตามหลังการติดเชื้อปอดอักเสบ มีภาวะรุนแรงขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันในปอด และการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีประวัติมารดาติดเชื้อโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับสตรีที่จะตั้งครรภ์ ในช่วงนี้ ที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 สูง โดยมาตรการที่สำคัญได้แก่ การเว้นระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย และการล้างมือบ่อยๆ ไม่ไปอยู่ในที่ที่มีความเสี่ยงสูง และระมัดระวังคนในครอบครัวทุกคน เพื่อลดการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์และคลอด อีกมาตรการที่สำคัญก็คือ การฉีดวัคซีนป้องกันระหว่างตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่าวัคซีนมี

* นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่

ประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของมารดาที่ติดเชื้อลงได้ ลดการเสียชีวิตของเด็กในครรภ์ และลดการติดเชื้อโควิดของเด็กในช่วงหกเดือนแรก เพราะภูมิคุ้มกันจากมารดาสามารถผ่านรกและน้ำนมได้ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าวัคซีนโควิดไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อในน้ำคร่ำของมารดา โดยส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากวัคซีนโควิดของบริษัทไฟเซอร์ และโมเดอร์นา เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของมารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนโควิด พบภาวะทารกเสียชีวิตในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับวัคซีน และเด็กทารกที่ติดเชื้อโควิด 19 นอนรักษาตัวในไอซียู พบว่าร้อยละ 88 เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป เพราะประโยชน์ที่จะได้จากวัคซีนมีมากกว่าความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงของวัคซีน ยกเว้นคนที่เคยแพ้รุนแรงจากการฉีดครั้งก่อน หรือแพ้ส่วนประกอบของวัคซีนรุนแรง แต่ถ้าฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ไปแล้ว พบว่าตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ จากข้อมูลปัจจุบัน ไม่พบว่าวัคซีนจะทำให้เกิดทารกพิการแต่กำเนิด จึงไม่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เมื่อพบว่าตั้งครรภ์ภายหลังการฉีดวัคซีนโควิด แต่ให้เลื่อนการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 ออกไปฉีดในช่วงหลัง เมื่ออายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและกลุ่มปกติ (กลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ) ใช้หลักการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเคร่งครัด โดย

1. หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีการไอเป็นไข้ หรือผู้ที่เดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง และในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด หรือรวมกลุ่มกันจำนวนมาก
2. รักษาระยะห่าง ในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยการอยู่ห่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร
3. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณดวงตา ปาก และจมูก
4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ หรือปรุงอาหารให้สุกร้อนทั่วถึง
5. แยกภาชนะรับประทานอาหารและงดใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น
6. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาดนานอย่างน้อย 20 วินาที ทุกครั้งที่มีการไอจาม สัมผัสสิ่งแปลกปลอม

ก่อนรับประทานอาหาร หรือออกจากห้องน้ำ หากไม่มีสบู่ให้ใช้ 70% แอลกอฮอล์เจล

7. ในขณะไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ถ้ามีอาการไอจาม ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากทุกครั้ง

8. แม่ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบหรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากมีอาการป่วย เล็กน้อย ควรพักผ่อนอยู่ที่บ้าน ถ้ามีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ควรรีบไปพบแพทย์

9. หญิงตั้งครรภ์สามารถฝากครรภ์ได้ตามนัด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง หรือสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วย COVID-19

1. แยกตนเองออกจากครอบครัวและสังเกตอาการจนครบ 14 วัน งดการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น
2. งดการออกไปในที่ชุมชนสาธารณะโดยไม่จำเป็น และงดการพูดคุย หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในระยะใกล้กว่า 2 เมตร
3. กรณีครบกำหนดนัดฝากครรภ์ ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน เพื่อพิจารณาเลื่อนการฝากครรภ์ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
4. กรณีเจ็บครรภ์คลอดต้องไปโรงพยาบาลทันที และแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน

การดูแลทารกแรกเกิด ในกรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยติดเชื้อหรือติดเชื้อ COVID-19

1. ยังไม่มีหลักฐานการติดต่อผ่านทางรกหรือผ่านทางน้ำนม
2. ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 จัดเป็นผู้มีความเสี่ยง จะต้องมีการแยกตัวออกจากทารกอื่น และต้องสังเกตอาการ เป็นเวลา 14 วัน
3. บุคลากรทางแพทย์ควรอธิบายถึงความเสี่ยง ความจำเป็นและประโยชน์ของการแยกแม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แม่เข้าใจและเป็นผู้ตัดสินใจเอง
4. แนวทางการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการในการแพร่เชื้อไวรัสผ่านทางน้ำนม ดังนั้น

ทารกจึงสามารถกินนมแม่ได้ โดยปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด

ข้อแนะนำการปฏิบัติสำหรับแม่ ในกรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 แล้ว

1. กรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 แต่อาการไม่มาก

- สามารถถอดลูกและให้นมจากเต้าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแม่และครอบครัว

- ต้องปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด

2. กรณีแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 มีอาการรุนแรง หากยังสามารถปับน้ำนมได้ ให้ใช้วิธีปับน้ำนมและให้ผู้ช่วยเป็นผู้ป้อนนมแก่ลูก หากไม่สามารถปับน้ำนมเองได้ อาจพิจารณาใช้นมผงแทน

ข้อปฏิบัติในกรณีให้ทารกกินนมจากเต้า

1. อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่

2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เข้มข้น 70 % ขึ้นไป

3. สวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้นมลูก

4. งดการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก

ข้อปฏิบัติในการปับน้ำนม และการป้อนนม

1. อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่

2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เข้มข้น 70%ขึ้นไป

3. สวมหน้ากากอนามัย ตลอดการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมนม การปับน้ำนม และการให้นม

4. งดการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก

5. หาผู้ช่วยเหลือหรือญาติที่มีสุขภาพแข็งแรงที่ทราบวิธีการป้อนนมที่ถูกต้องและต้องปฏิบัติตามวิธีการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด

6. ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์เช่น ที่ปั๊มนม ขวดนม ด้วยน้ำยาฆ่าอุปกรณ์ และทำการนึ่งเพื่อฆ่าเชื้อหลังเสร็จสิ้นการใช้

ด้วยมาตรการต่างๆ และการระมัดระวังของมารดาขณะตั้งครรภ์ จะช่วยให้ลูกๆของคุณปลอดภัยในยุคการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทุกคนต้องดูแลตัวเองและคนรอบข้าง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสาร "กระบี่เวชสาร"

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 2 ฉบับ คือ (มิถุนายน และ ธันวาคม) เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาลกระบี่ และเป็นการส่งเสริมให้มีเวทีในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข

วารสารฯ ยินดีรับเรื่องทางวิชาการและสารคดีเกี่ยวกับแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ ซึ่งคำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำ ที่ใช้กับวารสารทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล รวมทั้งการจัดเขียนเอกสารอ้างอิง ที่เป็นประโยชน์สำหรับการเตรียมบทความ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงอื่น ๆ ด้วย

1. ประเภทของบทความ

วารสารกระบี่เวชสาร ตีพิมพ์บทความประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
- 1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)
- 1.3 บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article)
- 1.4 ปกิณกะ (Miscellaneous)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่มีธรรมชาติ หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิเคราะห์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่น ๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับ (manuscript) พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for 2010 ขึ้นไป
- ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นขอบทุกด้าน 1 นิ้ว

- พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 point single space โดยยังไม่ต้องจัดรูปแบบพิเศษใด ๆ มาก่อน โดยเรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษรหรือ 20 คำ และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียน ระบุชื่อผู้เขียนหรือทีมวิจัยทุกคน และระบุชื่อผู้รับผิดชอบที่ติดต่อได้ให้เป็นชื่อแรกเสมอ (corresponding author) ใส่ e-mail address และที่อยู่ติดต่อได้ และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

ปรากฏก่อนเนื้อเรื่อง เป็นการย่อเนื้อหา เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว มีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวแต่ละภาษาไม่เกิน 300 คำ

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) ของปีวารสาร (Volume) ใส่ไม่เกิน 5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง

4.1 ภาษาที่ใช้ ให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษทั้งเรื่อง

4.2 บทความภาษาไทย ควรหลีกเลี่ยงภาษาอังกฤษให้มากที่สุด ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น ศัพท์แพทย์ถ้ามีคำแปลเป็นภาษาไทยหรือใช้ศัพท์ภาษาไทยแพร่หลายแล้วให้ใช้ภาษาไทย คำแปลศัพท์โปรดดูในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ของราชบัณฑิตยสถาน ถ้าไม่มีคำแปลในพจนานุกรมให้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษได้ หรือถ้าจะใช้ศัพท์ภาษาไทยที่ไม่มีพจนานุกรมหรือไม่แน่ใจว่าผู้อ่านจะเข้าใจให้วงเล็บภาษาอังกฤษในครั้งแรกที่ใช้

4.3 ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่อยู่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่เป็นกริยา

4.4 ค่าย่อให้เขียนคำเต็มไว้ในการใช้ครั้งแรก พร้อมทั้งใส่ค่าย่อไว้ในวงเล็บ แล้วครั้งต่อ ๆ ไปให้ใช้ค่าย่อนั้นได้ในเนื้อเรื่อง

4.5 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง

4.5.1 บทนำ (Introduction) คำอธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.5.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง

4.5.3 วัสดุและวิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

4.5.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5.4.5 วิจารณ์ (discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิง ถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

4.5.5 สรุป (Conclusion) (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.5.6 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

4.5.7 เอกสารอ้างอิง (References)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์;ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ดังนี้

• เอกสารจากวารสารวิชาการ ตัวอย่าง

วิทยา สวัสดิคุณพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ณวิวรรณ เชาวศิริตพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7:20-6.

Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998;55:697-701.

• องค์การเป็นผู้พิมพ์ ตัวอย่าง

คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538;24:190-204.

• ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ ตัวอย่าง

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981;283:628.

• บทความในฉบับแทรก ตัวอย่าง

วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539;48 (ฉบับผนวก):153-61.

• ระบุประเภทของบทความ ตัวอย่าง

บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539;48:616-20.

Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996;347:1337.

2) หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

• หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์ ตัวอย่าง

ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ ตัวอย่าง

วิชาญ วิทยาศาสตร์, ประคอง วิทยาศาสตร์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเตียง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

• บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย). ตัวอย่าง

เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ขวลิธ อารัง, พิภพ จิระภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p 465-78.

• รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, งามจิตต์ จันทราธิติ, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมบีบีทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

• รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. ตัวอย่าง

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว. การพัฒนาโครงการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข ด้วยกลุ่มวิจัยร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

• วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา. ตัวอย่าง

ชัยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3) สิ่งพิมพ์อื่น ๆ

• บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์). ตัวอย่าง
เพ็ญมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

• กฎหมาย ตัวอย่าง

พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

• พจนานุกรม ตัวอย่าง

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 545.
Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

• วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต. ตัวอย่าง

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book; 1995.

• สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล];
ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address underlined ตัวอย่าง

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar[cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

• สิทธิบัตร (Patent) ตัวอย่าง

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

• กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง ตัวอย่าง

National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

4) Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและ
ฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]. ตัวอย่าง

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th ed. [online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

• CD-ROM ตัวอย่าง

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

- **Book on CD-ROM** ตัวอย่าง

The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nded. New York (NY): oxford university Press; 1992.

- **Journal on CD-ROM**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า. ตัวอย่าง

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

4.5.8 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหาก

ตาราง เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย หรือไม่ควรเป็นไฟล์ประเภท .jpg .TIFF .pdf .gif

- ชื่อตารางให้เรียงเลขที่ตามลำดับเนื้อหาของบทความ มีคำอธิบายสั้น ๆ แต่ได้สาระครบถ้วนของเนื้อหาตาราง

- หัวคอลัมน์ เป็นการอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น ๆ หรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- แถว (row) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row heading) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น เพราะอาจสับสนกับเลขกำกับของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อตาราง ถ้ามี ตารางมากจะทำให้การจัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามาก สิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมาก ให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญย่อเสนอเป็นตารางในบทความ อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

ภาพและแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาวดำ/สี ทำไฟล์แยก กำหนดรูปแบบ เป็น .jpg, .TIFF ตั้งชื่อไฟล์ให้สื่อให้ทราบอย่างชัดเจน

เงื่อนไขการรับตีพิมพ์

บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น

การอ่านประเมินต้นฉบับ

บทความนิพนธ์ต้นฉบับจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ลิขสิทธิ์

ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ เว้นว่าได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

การส่งบทความให้บรรณาธิการ

ผู้เขียนส่งไฟล์ต้นฉบับตามรูปแบบซึ่งกำหนดในรูปแบบ .doc, .docx เท่านั้น ทาง e-mail : krabijournal@gmail.com หรือส่งผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/KBJ>

แนวทางปฏิบัติเรื่อง จริยธรรมการวิจัยในคนของบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดกระบี่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

นิยาม

การทำวิจัยในคน หมายถึง กระบวนการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หรือวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของอาสาสมัครในการทำวิจัย หรือที่ได้กระทำต่อเซลล์ ส่วนประกอบของเซลล์ วัสดุสิ่งส่งตรวจ เนื้อเยื่อ น้ำคัดหลั่ง สารพันธุกรรม เวชระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพของอาสาสมัครในการทำวิจัย และให้หมายความรวมถึงการศึกษาทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

บุคลากรสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดกระบี่ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำลังปฏิบัติงานอยู่จริงของจังหวัดกระบี่

โครงร่างการวิจัย หมายถึง แบบแผนการดำเนินการวิจัยก่อนจะเริ่มดำเนินการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดกระบี่ ไม่นับรวมโครงร่างการวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการศึกษาทุกระดับ รวมถึงโครงร่างการวิจัยของนักศึกษาฝึกงานในหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดกระบี่

แนวทางปฏิบัติ

บุคลากรสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดกระบี่ที่มีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน ที่จะยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่ จะต้องผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ โดยให้แนบหลักฐานการอบรมมาพร้อมเอกสารยื่นขอรับการพิจารณา

1. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 หัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยอย่างน้อย 1 คน (กรณีที่เป็นทีมวิจัย) จะต้องผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

2. ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เป็นต้นไป หัวหน้าโครงการวิจัยทุกคนจะต้องผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

ช่องทางของการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน นอกเหนือการเข้าฝึกอบรมของสถาบันต่าง ๆ นักวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมสามารถเรียนรู้ผ่านระบบการเรียนรู้ของทางสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน (E-learning) ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน โดยผู้ที่สนใจสามารถสมัครเข้ารับการอบรมออนไลน์ได้ ตามลิงค์ <http://ohrs.nrct.go.th/E-learning>

โครงร่างการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน

ผู้วิจัยต้องส่งโครงร่างการวิจัยเข้ามาเพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่พิจารณาให้การรับรอง ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัย ซึ่งการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่ จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- **Exemption** โครงร่างการวิจัยที่ได้รับการยกเว้นจากการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ โดยจะได้รับเอกสารว่าไม่ต้องผ่านการพิจารณา (Certificate of Exemption, COE)

- **Expedited** โครงร่างการวิจัยที่ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ/เลขานุการคณะกรรมการฯ พิจารณาแล้วว่ามีความเสี่ยงต่ำ (minimal risk) สามารถพิจารณาเป็นแบบเร่งด่วนได้

- Full board Review โครงร่างการวิจัยที่ต้องได้รับการพิจารณารับรองจากที่ประชุมเต็มคณะ

1. ขั้นตอนการเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอเอกสารรับรองการยกเว้นจากการพิจารณาด้านจริยธรรม (Certificate of Exemption, COE)

1.1 โครงร่างการวิจัยที่อยู่ในข่ายไม่ต้องผ่านการพิจารณา หรือยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรม (Exemption) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ต้องส่งโครงร่างการวิจัยมายังสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อพิจารณา และรับเอกสารรับรองการยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย (Certificate of Exemption, COE) เมื่อได้รับเอกสารรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงสามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยสำนักงานฯ จะมีการติดตามทุก 1 ปี เพื่อทราบสถานภาพการปิดโครงการ

โครงร่างการวิจัยที่อยู่ในข่ายไม่ต้องผ่านการพิจารณา หรือยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรม (Exemption) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้แก่ โครงร่างการวิจัยที่มีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1) งานวิจัยด้านการศึกษา โดยต้องเป็นโครงร่างการวิจัยที่ดำเนินการในสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนการสอนตามปกติและงานวิจัยยุทธศาสตร์ใหม่ทางการศึกษาตามนโยบายของสถาบัน เช่น วิจัย การปรับวิธีการซึ่งจะต้องใช้กับนักเรียน นิสิตทั้งชั้นปี อาจจะเป็นเปรียบเทียบคะแนน หรือประสิทธิภาพของนักเรียน นิสิตทั้งชั้นปี ในรายวิชาใดวิชาหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนวิธีการสอน การประเมินหลักสูตร การประกันคุณภาพการศึกษา

2) งานวิจัยประยุกต์วิธีประเมินการศึกษาในด้าน cognitive, diagnostic, aptitude, achievement งานวิจัยสำรวจความคิดเห็นในวงกว้าง การสัมภาษณ์หรือเฝ้าสังเกตพฤติกรรม งานวิจัยจะได้รับยกเว้นพิจารณาเมื่อ

2.1 การเก็บข้อมูลและข้อมูลที่ได้ไม่เกี่ยวข้องหรือบ่งชี้ถึงตัวบุคคล

2.2 ขั้นตอนการวิจัยและผลที่ได้ไม่เป็นเหตุให้อาสาสมัคร หรือบุคคลใดต้องรับโทษทั้งอาญาและแพ่ง หรือทำให้เสียโอกาสในอาชีพ หน้าที่การงาน

ถ้างานวิจัยดังกล่าวดำเนินการเฉพาะกับกลุ่มบุคคลสาธารณะ หรือกลุ่มบุคคลที่กำลังจะได้รับการคัดเลือก เข้าสู่ตำแหน่งงานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะ งานวิจัยนั้น ไม่สามารถรับการยกเว้น

3) งานวิจัยซึ่งนำผลตรวจที่มีอยู่แล้วมาทำการวิเคราะห์ใหม่ในภาพรวมโดยไม่เชื่อมโยงถึงข้อมูลส่วนบุคคล เช่น วิเคราะห์ผลการตรวจชิ้นเนื้อไตทางพยาธิวิทยา 10 ปี ย้อนหลัง เป็นต้น

4) งานวิจัยเกี่ยวกับเชื้อจุลชีพโดยใช้เชื้อที่เพาะเลี้ยงไว้ในห้องปฏิบัติการ หรืองานวิจัยที่ใช้ตัวอย่างจุลชีพที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจโดยไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลส่วนบุคคล

5) งานวิจัยซึ่งการศึกษาใน Commercially available cell lines ในห้องปฏิบัติการ

6) งานวิจัยด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการตามความเห็นชอบและอนุมัติจากสถาบัน เพื่อแสวงหาแนวทางใหม่ ปรับเปลี่ยนองค์กร พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพ ยกย่องมาตรฐานขั้นสู่สากล โดยไม่กระทบ ข้อมูลส่วนบุคคลและไม่ขัดต่อกฎหมาย

7) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรสชาติ คุณภาพของอาหารและความพึงพอใจของผู้บริโภคในภาพรวม โดยอาหารที่นำมาทดสอบต้องปลอดภัย และได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

8) การวิจัยที่เป็นการทบทวน วิเคราะห์วรรณกรรม หลักฐานทางการศึกษา และผลงานการวิจัย ซึ่งไม่มีการดำเนินการใด ๆ เป็นรายบุคคล เช่น การวิจัยแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เป็นต้น

1.2 โครงร่างการวิจัยที่อยู่ในข่ายไม่ต้องผ่านการพิจารณา หรือยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรม (Exemption) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ให้ยื่นเอกสารประกอบการเสนอโครงร่างการวิจัยมายังคณะกรรมการเพื่อพิจารณา ดังนี้

- 1) โครงร่างการวิจัย (Protocol/Proposal) ต้นฉบับ 1 ชุด
- 2) เอกสารโครงร่างการวิจัยที่เข้าข่าย Exemption review โดยทำเครื่องหมายเลือกข้อหนึ่งข้อใดตามคุณสมบัติของโครงการ โดยมีผู้บังคับบัญชาขั้นต้นหรือหัวหน้าหน่วยงาน ลงนามกำกับ (เอกสารหมายเลข 1)
- 3) แบบสรุปโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก (การขอยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย - Exemption) จำนวน 1 ฉบับ
- 4) สำเนาใบรับรองว่าผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน จำนวน 1 ฉบับ

2. ขั้นตอนการเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่ การพิจารณาแบบเร่งด่วน (expedited) และการพิจารณารับรองจากที่ประชุมเต็มคณะ (full board review) ดังนี้

2.1 โครงร่างการวิจัยที่อยู่ในข่ายพิจารณาเป็นแบบเร่งด่วนได้ (expedited) โดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาความเสี่ยงที่เป็น “ความเสี่ยงน้อย” หรือ “minimal risk” ดังนี้

1) โครงร่างการวิจัยที่ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ ซึ่งไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงน้อยต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยต้องไม่เป็นข้อมูลลับ และไม่ก่อผลเสียต่อสถานภาพ หรือสิทธิประโยชน์ของบุคคล และไม่ก้าวก้าวความอ่อนไหวของประชากรที่เกี่ยวข้อง

2) โครงร่างการวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบสังเกตการณ์ ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงน้อย และไม่บ่งชี้ถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

3) โครงร่างการวิจัยที่เป็นการเก็บข้อมูลจากประวัติการรักษาของผู้ป่วย โดยไม่มีการเชื่อมโยงไปถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

4) ส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัย ที่เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมเล็กน้อย (minor change) ของโครงร่างการวิจัยที่อนุมัติไปแล้ว ที่เป็นผลให้ความเสี่ยงอาสาสมัครเพิ่มไม่เกิน minimal risk หรือไม่ทำให้การประเมินความเสี่ยงต่อผลประโยชน์เปลี่ยนไปอย่างสำคัญ (non-significant risk) เช่น

4.1 การแก้ไขคำผิด การแก้ไขรูปแบบการเขียนที่ยังคงความหมายเดิม

4.2 การเปลี่ยนผู้วิจัยหรือที่อยู่ติดต่อได้

4.3 การเปลี่ยนผู้บริหารโครงการ

4.4 การขอเพิ่มปริมาณเลือดที่เจาะเก็บเนื่องจากปริมาตรเดิมไม่พอต่อการวิเคราะห์ เป็นต้น

5) การขอปรับแก้ไขยินยอมของโครงร่างการวิจัยเดิมที่ผ่านการอนุมัติแล้ว

2.2 โครงร่างการวิจัยที่อยู่ในข่ายการพิจารณารับรองจากที่ประชุมเต็มคณะ (full board review) หมายถึงโครงการที่นอกเหนือจากการยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมฯ (Exemption) และการพิจารณาแบบเร่งด่วน (expedited) รวมถึง**กลุ่มตัวอย่างวิจัยเป็นกลุ่มเปราะบางสูง (highly vulnerable subjects)** เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาหายได้ (เช่น ผู้ป่วยเอดส์/มะเร็ง เป็นต้น) ผู้ป่วยอาการหนัก ผู้ป่วยด้วยโรคที่สังคมไม่ยอมรับ (เช่น โรคเรื้อน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี เป็นต้น) ผู้ที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ (เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต ความทรงจำ หรือมีความผิดปกติในด้านพฤติกรรม) การวิจัยในชนกลุ่มน้อยหรือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ กลุ่มคนไร้ที่อยู่ ผู้ป่วยในท้องฉุกเฉิน นักโทษหรือผู้ต้องขัง ผู้ลี้ภัย ผู้เสพรหรือผู้ขายยาเสพติด เด็กในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น)

2.3 โครงร่างการวิจัยที่อยู่ในข่ายต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเร่งด่วน (expedited) และการพิจารณารับรองจากที่ประชุมเต็มคณะ (full board review) ให้ยื่นแบบเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่ ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย โดยมีเอกสารประกอบการยื่นเสนอโครงร่างการวิจัย ดังนี้

รายการ	แบบเร่งด่วน (Expedited)	เต็มคณะ (full board review)
1) แบบเสนอโครงการวิจัย (Submission form)	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
2) โครงการวิจัย (Protocol/Proposal)	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
3) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
4) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยฯ	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
5) ประวัติส่วนตัว ตำแหน่ง สถานที่ทำงานและผลงานของหัวหน้าโครงการวิจัย พร้อมลงนาม	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
6) หนังสือรับรองว่าจะเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจังหวัดกระบี่	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
7) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แนวทางการสัมภาษณ์หรือสังเกต แบบบันทึกข้อมูลสำหรับการวิจัย (Case record form/ Case report form)	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
8) แบบแสดงรายการประมาณการค่าใช้จ่ายในการวิจัย	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	ต้นฉบับ 1 ชุด สำเนา 4 ชุด
9) แบบสรุปโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก (เลือกใช้แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับชนิดของโครงการวิจัย)	จำนวน 1 ฉบับ	จำนวน 1 ฉบับ
10) สำเนาใบรับรองว่าผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน	จำนวน 1 ฉบับ	จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ ไฟล์เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยฯ ส่ง

E-mail: vichakarn_krabi@hotmail.com

ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลได้ก็ต่อเมื่อได้รับเอกสารรับรอง (COA) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่แล้วเท่านั้น